

**เอกสารประกอบ**

- 1.ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ใช้ไม่เกิน 30 วัน
- 2.สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- 3.สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์
- 4.ค่าธรรมเนียมการสมัคร 100 บาท

เลขทะเบียนสมาชิก.....

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก**

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก**

**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... ได้รับทราบข้อความในระเบียบและข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด โดยตลอดแล้ว ได้เห็นชอบในวัตถุประสงค์และอื่น ๆ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ทุกประการ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด และขอให้ถ้อยคำไว้เป็นหลักฐานสำคัญดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ทุกประการ

ข้อ 2. ข้าพเจ้าประกอบอาชีพ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ประกอบอาชีพ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินได้รายเดือน ๆ ละ.....บาท (.....)

ข้อ 3. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชา หรือ เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าดำเนินการหักเงินได้รายเดือน

ที่จ่ายของข้าพเจ้า เพื่อส่งชำระเป็นเงินค่าสงเคราะห์ให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด

พังงา จำกัด เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เรียกเก็บทุกครั้ง โดยจะไม่มี การบอก

เลิกการหักเงินเดือนไม่ว่ากรณีใด ๆ ยกเว้นมีความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าไม่มีเงินได้รายเดือนให้หัก ณ ที่จ่าย เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เรียกเก็บเงินค่าสงเคราะห์ ข้าพเจ้าจะดำเนินการชำระเงินค่าสงเคราะห์ให้แก่สมาคมฌาปนกิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ให้เสร็จสิ้นภายในวัน เวลา ที่กำหนด

ข้อ 5. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

จังหวัดพังงา จำกัด รับข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด และ

ชำระเงินค่าสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ให้เสร็จสิ้น

ภายในวัน เวลา ที่กำหนด

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ และข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เลขที่.....

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก
- 2. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกราย

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์เงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอทำหนังสือแต่งตั้ง

ผู้รับโอนประโยชน์เงินสงเคราะห์ ให้ไว้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เพื่อแสดงเจตนาว่า เมื่อข้าพเจ้าได้ถึงแก่กรรมลงแล้ว ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้มืสิทธิรับเงินสงเคราะห์จากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ดังนี้

- 1. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 2. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 4. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 5. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมด พร้อมทั้งระเบียบและข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เป็นที่เข้าใจเห็นว่าถูกต้องทุกประการแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์  
(.....)

ลงชื่อ.....พยานสมาชิก ฌกส.  
(.....)

ลงชื่อ.....พยานสมาชิก ฌกส.  
(.....)