

โปรดเขียนตัวบรรจง  
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

- กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
- กรณีพิเศษ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
  - อายุ 35 ปี ขึ้นไป - 55 ปีบริบูรณ์
  - อายุ 55 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปี
- กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิก แต่ลาออกและสมัครใหม่)
  - อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์
  - อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์
  - อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. (ทุกกรณี)

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... คู่สมรสชื่อ .....

(2)  ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนี้ หรือ  เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ครู                | <input type="checkbox"/> คณาจารย์                  | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา         | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ               |  |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว    | <input type="checkbox"/> สมาชิกคุรุสภา             | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) ..... |  |

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
 แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....  
 e-mail .....

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ..... เขต ..... )

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา .....  
 เลขที่ ..... ถนน ..... แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

2. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....  
 จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- 3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน.....บาท
  - 3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....บาท
  - 3.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)  
 ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นเงิน.....บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....  
( ..... )

ตำแหน่ง .....

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี )  
 ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด  
 ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร  
 ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
ตำแหน่ง .....



## ใบรับรองแพทย์

( สโมสรสมาชิก ช.พ.ค. กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ )

สถานที่ .....  
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ  
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

เลขประจำตัวประชาชน

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2) .....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

( ..... )

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง



หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

สังกัด ..... อัตราเงินเดือน .....บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ

ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน