

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



○ กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) ○ ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำยนี้ หรือ ○ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา

บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ลูกจ้างประจำ

ลูกจ้างชั่วคราว สมาชิกคุรุสภา 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.....100.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....5,000.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... 5,100.....บาท

ตัวอักษร (.....ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน.....)

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) <input type="radio"/> ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด <input type="radio"/> ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

(ใช้เฉพาะกรณีพิเศษ ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี)

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

ทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

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

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์(2).....

.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกายถึงวันรับสมัคร
เข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.



หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
สังกัด.....อัตราเงินเดือน.....บาท
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน
ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ
1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน
 2. หนังสือรับรองฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

เอกสารและหลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

1. ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตามแบบกรณีพิเศษ
2. ใบรับรองแพทย์ตามแบบกรณีพิเศษ หรือ แบบใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ หรือ แบบใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลภาคเอกชน **ที่มีข้อความครบถ้วนตามแบบกรณีพิเศษ**
3. หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงาน ตามแบบกรณีพิเศษ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
8. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
9. สำเนาคำร้องขอใช้ค่านำหน้า น.ส. หรือ ใช้สกุลเดิม หรือทุกกรณีที่ชื่อ – ชื่อสกุล ของผู้สมัครไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
10. ใบภพ. 7 หรือ คำสั่งแต่งตั้ง สำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ , ลูกจ้างประจำ , ครู กศน.
 - สัญญาจ้าง สำหรับ กรณีครูอัตราจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครู รวมทั้ง ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา สังกัด ร.ร. เอกชน (สช.)
 - สำเนาสมุดสีฟ้า , สช.11 , สช.18 **สำหรับครูเอกชน**
 - สำเนาหนังสืออนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน , สำเนาแต่งตั้งผู้รับใบอนุญาต หรือผู้จัดการ **สำหรับโรงเรียนเอกชน**
11. อัตราเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า
 - ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5,000 บาท
 - (เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จะคืนให้เมื่อพ้นจากสมาชิกภาพ ช.พ.ค. ลาออกเท่านั้น)

หมายเหตุ : ผู้สมัครจะต้องยื่นสมัครด้วยตนเอง และ หลักฐานต้องครบถ้วน ณ วันที่สมัคร