

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

○ กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ/เขต.....

เลขที่ทะเบียนสมรส จังหวัด

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

e-mail

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

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

ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา

บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ลูกจ้างประจำ

ลูกจ้างชั่วคราว สมาชิกคุรุสภา อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง)

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต) หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกแล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เลขประจำตัว ลาออกเมื่อวันที่

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครนี้ ดังนี้

4.1 ค่าสมัคร	เป็นเงิน	100.....	บาท
4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	เป็นเงิน	3,000.....	บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	3,100.....	บาท
ตัวอักษร (.....สามพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน.....)			

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรส ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรมแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. (คู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนพร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรมและประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่วันที่
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด
- 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.ส.

ตราสถาบัน

หนังสือรับรองของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

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.ส.

➤ เอกสารของผู้สมัคร

1. ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตามแบบกรณีพิเศษ
2. ใบรับรองแพทย์ตามแบบกรณีพิเศษ หรือ แบบใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ หรือ แบบใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลภาคเอกชน **ที่มีข้อความครบถ้วนตามแบบกรณีพิเศษ**
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาคำร้องขอใช้คำนำหน้า น.ส. หรือ ใช้สกุลเดิม จำนวน 1 ฉบับ
(กรณีจดทะเบียนสมรส ตามกฎหมายใหม่ โดยเขตเป็นผู้ออกให้)

➤ เอกสารของคู่สมรสของผู้สมัคร

1. หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงาน ตามแบบกรณีพิเศษ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาคำร้องขอใช้คำนำหน้า น.ส. หรือ ใช้สกุลเดิม หรือทุกกรณีที่ชื่อ – ชื่อสกุล ของผู้สมัครไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
8. 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

➤ อัตราเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 3,000 บาท

(เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จะคืนให้เมื่อพ้นจากสมาชิกภาพ ช.พ.ส. ลาออกเท่านั้น)

หมายเหตุ : ผู้สมัครจะต้องยื่นสมัครด้วยตนเอง และ หลักฐานต้องครบถ้วน ณ วันที่สมัคร