



เลขที่รับ.....

ว.ค.ป.ที่รับ.....

เลขทะเบียนสมาคม.....

ใบสมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5

เลขประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ..... หน่วย..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....ปัจจุบันตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ..... ชื่อคู่สมรส.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5

กำหนด คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ

2. สำเนาทะเบียนบ้าน

4. สำเนาใบสำคัญการสมรส(กรณีคู่สมรสสมาชิก)

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5 รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้ 1..... เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้จัดการศพ/ผู้รับเงินสงเคราะห์

และมอบให้ 2..... เกี่ยวข้องเป็น

3..... เกี่ยวข้องเป็น

4..... เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า

เมื่อ สมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5 คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตายขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์จากข้าพเจ้าได้ ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญ (โดยระบุสถานที่) คือ.....

จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรีกลุ่ม 5 (www.ktscc.org) โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้จ่ายเป็นค่าจัดการศพตามที่ระบุไว้ในข้อบังคับเป็นอันดับแรก แล้วจัดการชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน หากมีเงินเหลือจึงจ่ายให้กับผู้มีสิทธิดังกล่าว

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ☐ บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม☐ ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 5 ทุกประการ

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 5 ได้
ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....