

โปรดเขียนด้วยบรรณ
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ชพค.1

- กรณีปกติ
 กรณีพิเศษ (อายุเกิน)

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- สมาชิกวุฒิสภา คณาจารย์ ครู ผู้บริหารสถานศึกษา
 ผู้บริหารการศึกษา บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
 ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว

(2) สถานที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต)

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัด เขต))

ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา

เลขที่ ถนน ตำบล (แขวง)

อำเภอ (เขต) จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการดำเนินงานส่งเสริมช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทาง
การศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฉันทกึ่งสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> ผอ. สนง. ศกสค. จังหวัด
<input type="radio"/> ผอ. สนง. ศกสค. กรุงเทพมหานคร
<input type="radio"/> ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นาง / นางสาว.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ปรากฏว่า.....

นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ตราสถาบัน

ชพค.10

หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....เป็น.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....สังกัด.....

เงินเดือน.....เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จนถึงปัจจุบัน

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไป