

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ชพส. 1

- กรณีปกติ
 กรณีพิเศษ (อายุเกิน)

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

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

เลขที่ทะเบียนสมรส.....จังหวัด.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- เลขที่บัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ.....

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> สมาชิกครูสภา | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา | <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว | | |

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา.....เขต.....อำเภอ.....จังหวัด.....)

ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา.....สังกัด.....เลขที่.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(4) ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรสได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครู และบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2550 แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

/ (5) ข้าพเจ้า....

(5) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท
ตัวอักษร (.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมอบเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครู และบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2550

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสศ. จังหวัด
- ผอ. สนง. สกสศ. กรุงเทพมหานคร
- ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....
(.....)

- ประธานกรรมการ ช.พ.ส.
- ผู้อำนวยการ สกสศ. กทม. / จังหวัด.....

หมายเหตุ ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบและข้อบังคับของ ช.พ.ส. แล้ว และจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าละเลยหรือไม่ปฏิบัติตาม ข้าพเจ้าจะไม่ขอเรียกร้องสิทธิใด ๆ จาก ช.พ.ส.



ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นางเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ปรากฏว่า.....

นาย / นางไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2)

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือรับรอง

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

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

เงินเดือน.....เริ่มรับราชการ / ปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จนถึงปัจจุบัน

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือสูงขึ้นไป และประทับตราสถาบัน