



เลขประจำตัวสมาชิก ข.พ.ศ.

--	--	--	--	--	--	--	--

**ใบสมัครสมาชิก ข.พ.ศ.**

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. สำหรับผู้สมัคร

**1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ศ.**

- (1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
 จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต ..... เลขที่ทะเบียนสมรส ...../.....
  
- (2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก  
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail .....

**2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ศ.**

- (1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว .....ชื่อ-สกุล..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
  
  - (2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง  
 ครู  คณาจารย์  ผู้บริหารสถานศึกษา  ผู้บริหารการศึกษา  
 บุคลากรทางการศึกษาอื่น  ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา  สมาชิกคุรุสภา
  
  - (3) ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา .....สังกัด .....  
 ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างจากหน่วยงาน .....  
 เลขที่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
- \* กรณีย้ายที่อยู่/ สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

**3. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าหรือคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้**

1. ชื่อ - ชื่อสกุล .....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
 .....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....
  
2. ชื่อ - ชื่อสกุล .....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....  
 .....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....

**4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้**

- 4.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน ..... บาท
  - 4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน ..... บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท  
 ตัวอักษร ( ..... )

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ศ. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ศ. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าว ทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ศ. มาก่อน

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
 ( ..... )

**2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง .....  
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท สถานที่ทำงาน ..... สังกัด .....  
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

- หมายเหตุ 1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไป
- 2. การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

**3. สำหรับเจ้าหน้าที่**

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ส. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการณำปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2562 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....