

ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร



- กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี
- กรณีผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ข.พ.ส.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ส. กรณีพิเศษ

เขียนที่ สำนักงาน สกสศ. จังหวัด สงขลา
วันที่ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ใจดี ชื่อ-สกุล รักงาม อายุ 55 ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 1 1 1 1 1 1 1 5 5 5 5 5 เกิดวันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2511
จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต หาดใหญ่ เลขที่ทะเบียนสมรส 0001 / 2531

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่ 2 หมู่ที่ 5 ซอย - ถนน ปทุมกันณ์ แขวง/ตำบล หาดใหญ่
เขต/อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90110
โทรศัพท์ - โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-888888 E-mail -

(3) ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
บ้านเลขที่ 2 หมู่ที่ 5 ซอย - ถนน ปทุมกันณ์ แขวง/ตำบล หาดใหญ่
เขต/อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90110
โทรศัพท์ - โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-888888 E-mail -

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว กลาหาญ ชื่อ-สกุล ชาญชัย อายุ 56 ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 เกิดวันที่ 2 เดือน เมษายน พ.ศ. 2510

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา
- บุคลากรทางการศึกษาอื่น ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
- สมาชิกคุรุสภา

(3) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สังกัด กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เลขที่ 15 ถนน กาญจนวณิชย์ แขวง/ตำบล หาดใหญ่ เขต/อำเภอ หาดใหญ่
จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90110 โทรศัพท์ 074-286026-27

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสศ. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีไม่สามารถติดต่อผู้สมัครและคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส. ได้

1. ชื่อ - ชื่อสกุล นาย ก รวย ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 2 หมู่ที่ 5 ถนนปทุมกันณ์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โทรศัพท์ - โทรศัพท์เคลื่อนที่ 095-555555 E-mail -

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

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- 3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน 100.00 บาท
- 3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 1,000.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,100.- บาท
ตัวอักษร (หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรส ถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(นางใจดี รักงาม)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้าง ของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว **กล้าหาญ** นามสกุล **ชาญชัย** ตำแหน่ง **นักวิชาการเกษตร** มีเงินได้รายเดือนๆ ละ **50,000.-** บาท สถานที่ทำงาน **คณะทรัพยากรธรรมชาติมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** ภาระทางการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ **5** เดือน **เมษายน** พ.ศ. **2533** จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไชยวรรณ วัฒนจันทร์)
ตำแหน่ง **คณบดีคณะทรัพยากรธรรมชาติ**
วันที่.....เดือน **กุมภาพันธ์** พ.ศ. **2566**

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ส. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

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

4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)

.....
.....

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