

# ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

ของ นาย /นาง/นางสาว.....สังกัด.....

## เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้อง และเขียนชื่อตัว

### หลักฐานประกอบการรับสมัคร พ.ส.น.

- |  |              |
|--|--------------|
| ( ) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ (สำหรับผู้สมัครเป็นข้าราชการ/บำนาญ)       | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) สำเนาบัตรประชาชน(สำหรับผู้สมัครเป็นครูเอกชน/พนักงาน/ลูกจ้าง/คู่สมรส) | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน   | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมัครให้คู่สมรส)                               | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีกำหนดไม่เกิน 15 วัน นับจากวันที่แพทย์รับรอง  | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) สำเนาหนังสือสัญญาจ้าง (สำหรับครูอัตราจ้าง และลูกจ้างชั่วคราว)        | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ(ในกรณีสมัครให้บุตร)                       |              |
| ( ) บิดา (กรณีใช้สิทธิ์บิดาสมัคร )                                       | จำนวน 1 ฉบับ |
| ( ) มารดา (กรณีใช้สิทธิ์มารดาสมัคร)                                      | จำนวน 1 ฉบับ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเอกสารทุกฉบับถูกต้องและเป็นความจริง หากตรวจสอบแล้วเป็นเอกสารเท็จ ข้าพเจ้ายินดีให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิก พ.ส.น.เป็นโมฆะ และจะไม่เรียกร้องสิทธิในการสมัครแต่อย่างไร

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....  
(.....) วันที่ยื่นใบสมัคร...../...../.....



- ( ) กรณีปกติ  
( ) กรณีพิเศษ

ใบสมัคร สมาชิก พ.ส.น.

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี

ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....

ชื่อคู่สมรส.....

( 1 ) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- ( ) ผู้บริหารสถานศึกษา ( ) ข้าราชการครู ( ) พนักงานราชการ  
( ) ครูเอกชน ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ครูผู้ช่วย ( ) ลูกจ้างชั่วคราว(รายปี)  
( ) อื่น ๆ(ระบุ).....

( 2 ) สถานที่อยู่ปัจจุบัน

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์(บ้าน).....

โทรศัพท์(มือถือ).....

( 3 ) สถานที่ปฏิบัติงาน

ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา.....

สังกัด.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

( 4 ) บุคคลที่ให้ส่งหักเงิน พ.ส.น

นาย/นาง/นางสาว.....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อนเสมอธรรมจักรจังหวัดนครพนม

ประเภท ( ) สามัญ ( ) สมทบ

ข้าพเจ้า ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามระเบียบสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์  
เพื่อนเสมาธรรมจักรจังหวัดนครพนม โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว  
จำนวน.....ราย ดังนี้

**ผู้มีสิทธิรับเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว**

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
- 5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
- 6.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อนเสมา  
ธรรมจักรจังหวัดนครพนมแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก พ.ส.น.โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบ  
ดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อนเสมาธรรมจักรจังหวัดนครพนม

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....  
สังกัด.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อนเสมาธรรมจักร  
ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

รับเข้าเป็นสมาชิก ( ) สามัญ ( ) สมทบ เลขที่สมาชิก.....ตั้งแต่วันที่.....