



ประกาศ

สมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด
เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการ
กระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด



ที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินการสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการ
กระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด (สส.ศธ.ตก.) ชุดที่ 2 ครั้งที่ 2/2568 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2568
เห็นชอบให้สมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก
จำกัด (สส.ศธ.ตก.) ประกาศรับสมัครสมาชิกโดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการรับสมัคร ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.1 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ
จังหวัดตาก จำกัด สมาชิกชมรมสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาภาคเหนือ หรือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ใน
จังหวัดตาก ทั้งประเภทสามัญและสมทบ ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส บุตรชอบด้วยกฎหมาย บุตร
บุญธรรมชอบด้วยกฎหมาย

- 1.2 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 1.3 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
- 1.4 ไม่เป็นคนวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน
- 1.5 มีอายุตามประกาศของสมาคม แต่ไม่เกิน 75 ปี

2. หลักฐานการสมัคร

- 2.1 ใบสมัครสมาชิก แบบคำรับรองสุขภาพตนและหนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนา
การรับเงินสงเคราะห์และการหักเงิน
- 2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 1 ฉบับ
- 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- 2.4 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- 2.5 สำเนาใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- 2.6 สำเนาบัตรประจำประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์จำนวน 1 ฉบับ
- 2.7 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่หนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล ฉบับจริงอายุไม่เกิน 30 วัน จำนวน 1 ฉบับ

3. ค่าสมัคร เงินบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ต้องชำระเงิน ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร	50 บาท
3.2 ค่าบำรุงรายปี	50 บาท
3.3 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	1,200 บาท

4. การสมัคร

4.1 ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานและชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ด้วยตนเอง ณ ศูนย์ประสานงาน สหกรณ์ต้นสังกัดของสมาชิก

4.2 กำหนดยื่นใบสมัคร ตั้งแต่วันที่ ... เมษายน 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568

ประกาศ ณ วันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)



(นางรัตนา เจริญศรี)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรส
5. สำเนาทะเบียนรับรองบุญบุญธรรม กรณี บุตรบุญธรรม
6. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์
8. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

สส.ศธ.ตก. 1



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด (สส.ศธ.ตก.)

เขียนที่

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติงานที่.....สังกัด/โรงเรียน.....

เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขสมาชิกสหกรณ์.....

****กรณีผู้สมัครไม่ได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด โปรดกรอกข้อ (1) ให้ครบถ้วน ****

(1) เป็น	<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม
ของสมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่สมาชิก.....					

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

(4) ชำระเงินค่าสมัครครั้งแรก จำนวน.....บาท (ค่าสมัคร 50 บาท ค่าบำรุงรายปี 50 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีแรก 1,200 บาท)

และครั้งต่อไปชำระดังนี้ ชำระเป็นเงินสดทุกปี ชำระหักจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ ของ.....

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... หักชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืน

ของ.....สมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด แล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ หรือ หักชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืน

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขสมาชิก.....ยินยอมให้สมาคมฯ ปรนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ชำระค่าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด
(สส.ศธ.ตก.) หักชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินบำรุงสมาคมรายปี ของ.....
ตามที่สมาคมฯ เรียกเก็บ โดย หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของข้าพเจ้า หักชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืนของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน
- ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

ความเห็นของเลขานุการ

- ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก ไม่ควรรับเป็นสมาชิก
- อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

การอนุมัติ

- ได้รับอนุมัติเป็นสมาชิกสมาคม ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม
(.....)

หมายเหตุ

1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์
2. สำเนาเอกสาร ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกฉบับ
3. พยานต้องเป็นบุคคลไม่เกี่ยวข้องกับผู้สมัครหรือผู้รับผลประโยชน์



แบบคำรับรองสุขภาพตน

เขียนที่

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาง/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน

Grid for ID number: 12 empty boxes

ข้าพเจ้า ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ศธ.ตก. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตพินเพื่อน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
4.1 โรคมะเร็ง ทุกประเภท
4.2 โรคหัวใจ ทุกประเภท
4.3 โรคผิวหนังโรค ทุกประเภท
4.4 โรคปอด ทุกประเภท
4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทุกประเภท
4.6 โรคไต ทุกประเภท
4.7 โรคหลอดเลือด ทุกประเภท
4.8 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สส.ศธ.ตก. ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ศธ.ตก. และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1) - (4.8) และข้อ 5 ก่อนครบกำหนด 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่วันที่ สส.ศธ.ตก. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 1 ปี ด้วยโรคข้อ (4.1) - (4.8) และข้อ 5 ทาง สส.ศธ.ตก. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สส.ศธ.ตก.
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....
(.....)
พยานผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

