



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

การฌาปนกิจสงเคราะห์กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการฌาปนกิจสงเคราะห์กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี เป็น () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

คู่สมรสชื่อ.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ☐ สมาชิกสามัญ ☐ สมาชิกสมทบ

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้า

ขอมอบให้ 1.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

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

ขอมอบให้ 2.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

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

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์และจัดการศพของข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

☐ ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว ☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน ☐ อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่าน ข้อบังคับการฌาปนกิจสงเคราะห์กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ.2549 โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าสมัคร จำนวน 50 บาท และค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 6 ศพ ๆ ละ 30 บาท จำนวน 180 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 230 บาท มาพร้อมใบสมัครด้วยแล้ว

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมทบ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

1.สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือ บัตรประชาชน

(.....)

2.สำเนาทะเบียนบ้าน

3.สำเนาทะเบียนสมรส

4.ใบรับรองแพทย์

อนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิกได้

ลงชื่อ.....ประธาน/รองประธาน

หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ

คำรับรองของคู่สมรส

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า.....

เป็นคู่สมรสตามกฎหมายของข้าพเจ้า และมีคุณสมบัติตามระเบียบ ฅกพร.ข้อ11

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนอนุญาตให้ประกอบ

โรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ตำแหน่งหน้าที่หรือสถานที่ประจำ.....

.....ได้ทำการตรวจร่างกาย.....

โรคมะเร็ง

โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน

โรคผิวหนัง

โรคความดันโลหิต

โรคปอด

เห็นว่า

ลงชื่อ.....นายแพทย์

(.....)

หมายเหตุ เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานต่าง ๆ ถูกต้องแล้วรับเข้าเป็นสมาชิกได้

หลักฐานประกอบการเป็นสมาชิกสมทบ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือ บัตรประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาทะเบียนสมรส

☐ ใบรับรองแพทย์

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

...../...../.....