

- กรุณานำเอกสารประกอบ ดังนี้
1. สำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้
  2. หนังสือรับรองเงินเดือน / สลิปเงินเดือน
  3. หนังสือรับรอง (ลูกจ้างเงินนอกงบประมาณ/ พนักงานราชการ
  4. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป



**ทะเบียนสมาชิก / ใบสมัครสมาชิก  
และสมาชิกสมทบ 50 (2) ก.**

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่  
เลขทะเบียนสมาชิก.....

ติดรูปถ่าย  
หน้าตรง  
ไม่สวมหมวก  
ขนาด 1 นิ้ว

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้ามีความเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ซึ่งข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการให้กู้ยืมเงิน จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ โดยขอชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน .....บาท เพื่อเป็นรายได้ของสหกรณ์ และยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หักเงินค่าหุ้นรายเดือนส่งต่อสหกรณ์เป็นประจำทุกเดือนแทนข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ หลักเกณฑ์และมติคณะกรรมการสหกรณ์ทุกประการ โดยขอให้รายละเอียด ดังนี้

ชื่อ - สกุล	วัน/เดือน/ปี เกิด		/	/	อายุ	ปี
ตำแหน่ง			เงินเดือน	บาท		
สถานภาพ	สมาชิกสามัญ 32 (2) ก.			สมาชิกสมทบ 50 (2) ก.		
	<input type="radio"/> ข้าราชการ	<input type="radio"/> ลูกจ้างประจำ	<input type="radio"/> ลูกจ้างเงินนอกงบประมาณ	<input type="radio"/> พนักงานราชการ		
	<input type="radio"/> เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ		<input type="radio"/> พนักงานกระทรวงสาธารณสุข			
เลขประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ	□ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □					
ขอส่งเงินค่าหุ้นเดือนละ (ไม่ต่ำกว่าระเบียบที่กำหนด) บาท						
สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)				สถานที่ทำงาน		
บ้านเลขที่.....ซอย..... ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... มือถือ.....				ชื่อสำนักงาน..... เลขที่.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
สถานภาพ		ชื่อคู่สมรส			บุตร	คน
อาชีพคู่สมรส			คู่สมรสเป็นสมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนสมาชิกที่			
ลายมือชื่อผู้สมัคร..... (.....)						
คำรับรองของผู้บังคับบัญชา				ผู้รับรอง		
ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงาน ในสังกัดหน่วยงาน..... .....เป็นความจริง				(เฉพาะสมาชิกสมทบ 50 (2) ก.) ขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครแสดงไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ		
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)				ลงชื่อ .....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....)สมาชิกสหกรณ์เลขที่..... ลงชื่อ .....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....)สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....		

หมายเหตุ 1. ผู้สมัครเป็นผู้ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่าชำนาญงาน หรือชำนาญการ ไม่ต้องมีผู้รับรอง  
2. ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด) อย่างน้อย 2 คน

มีต่อด้านหลัง.....

### ผู้รับโอนประโยชน์ ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรม

1. ....ความสัมพันธ์.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

2. ....ความสัมพันธ์.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

3. ....ความสัมพันธ์.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

4. ....ความสัมพันธ์.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร / ผู้ให้ความยินยอมโอนประโยชน์

(.....)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน 2 คน (พยานต้องไม่เป็นผู้รับโอนประโยชน์)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อบังคับแล้ว ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติ

ครบถ้วน

ไม่เคยเป็นสมาชิก

เคยเป็นสมาชิก (ลาออกเมื่อ.....)

ขาดคุณสมบัติ (ระบุ).....

ขาดเอกสาร (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

### อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก / สมาชิกสมทบ

ได้ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่.....ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)