

ที่ ศธ 521024/ว.600



สำนักงาน สกสศ. จังหวัดนราธิวาส
หมู่ 10 ตำบลลำภู อำเภอเมือง
จังหวัดนราธิวาส 96000

28 ธันวาคม 2565

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี
ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นราธิวาส

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ
เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสศ.
2. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษ
เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสศ.

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุม ครั้งที่ 12/2565 (นัดพิเศษ)
วันที่ 19 ธันวาคม 2565 มีมติให้ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. และคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัคร
สมาชิก ช.พ.ค. และสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสศ.

สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปี (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566) และผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก
กลุ่มสมาชิกที่ถูกถอนชื่อ โดยเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. -ช.พ.ส. ระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2566 จนถึงวันที่ 4
เมษายน 2566 ในวันและเวลาทำการ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และ 2

สำนักงาน สกสศ. จังหวัดนราธิวาส ขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาใน
สถานศึกษาของท่านด้วยจะขอบคุณมาก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(สิ่งที่ส่งมาด้วย 1)

(นายประยูร หมั่นหลิน)

ผู้จัดการงานทั่วไปชำนาญการ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดนราธิวาส



(สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)

สำนักงาน สกสศ. จังหวัดนราธิวาส

โทร 0 7353 0610 โทรสาร 0 7353 0611

สพม.นธ

เลขที่รับ 21

วันที่ 3 ม.ค. 2566

เวลา

- กลุ่มงานวิชาการ
- กลุ่มบริหารงาน
- กลุ่มส่งเสริม
- กลุ่มส่งเสริม
- กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

วันที่ - 3 ม.ค. 2566



- กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี
 กรณีผู้ที่เคยลาออกจากการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษ

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

- (1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
คู่สมรสชื่อ
- (2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง
 ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา
 บุคลากรทางการศึกษาอื่น ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
 สมาชิกครูสภา

- (3) ที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

- (4) ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

- (5) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษาสังกัด.....
ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....
เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

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

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

- 3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน 100.00 บาท
3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 2,000.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกเงินเดือน/ค่าจ้างของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท สถานที่ทำงาน.....สังกัด.....
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน

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

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. 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.....