



- กรณีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป – 60 ปี
- กรณีผู้ที่เคยลาออกจากเป็นสมาชิก 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. ....  
คุ่สมรสชื่อ .....

##### (2) เป็นผู้從事ตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ครู                    | <input type="checkbox"/> คณาจารย์                  | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา                        | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษาอื่น | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | <input type="checkbox"/> บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู |  |
| <input type="checkbox"/> สมาชิกครุสวา           |  |  |  |

##### (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/สถานศึกษา .....

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 เงินลงทะเบียนทั่วหน้า | เป็นเงิน 2,000.00 บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจด้วยประسنค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปฎิบัติงานและบุคลากรทางการศึกษา 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 ..... สำนัก.....  
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... จนถึงปัจจุบัน

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

หมายเหตุ การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

**3. สำหรับเจ้าหน้าที่**

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัคร เป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินลงทะเบียนที่ ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมา上班กิจ สงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ ศาสนาฯ และ ได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

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

**4. คำสั่ง (กรณีไม่อนุมัติให้อธิบายเหตุผลประกอบ)**

ลงชื่อ.....  
( ..... )  
ผู้อำนวยการสำนักงาน ศาสนาฯ จังหวัด.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....