

โปรดเขียนตัวบรรจง  
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ชพค.1

- กรณีปกติ  
 กรณีพิเศษ (อายุเกิน)

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ..... กลุ่มสมรสชื่อ .....

(1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- สมาชิกคุรุสภา       คณาจารย์       ครู       ผู้บริหารสถานศึกษา  
 ผู้บริหารการศึกษา       บุคลากรทางการศึกษา       ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา  
 ลูกจ้างประจำ       ลูกจ้างชั่วคราว

(2) สถานที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล (แขวง) ..... อำเภอ (เขต) .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัด ..... เขต .....) (.....)

ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา.....

เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล (แขวง) .....

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

โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมอบเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจ-สงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....  
(.....)

ตำแหน่ง .....

- คำสั่ง**  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....
- .....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสศ. จังหวัด
- ผอ. สนง. สกสศ. กรุงเทพมหานคร
- ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ .....  
(.....)

ตำแหน่ง .....