



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ประเภทสมทบ

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1.ใบสมัครสมาชิกสหกรณ์ฯประเภทสมทบ	จำนวน 1	ชุด
	2.ใบสมัครสมาชิกสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ฯ	จำนวน 1	ชุด
	3.สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ และ สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน 2	ชุด
	4.รูปถ่าย(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ขนาด 1 นิ้ว	จำนวน 1	รูป
	5.สำเนาสลิปเงินเดือน	จำนวน 1	ชุด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

สถานที่ปฏิบัติงาน(สสจ./สสอ./รพ./สอ.).....

เงินเดือนตั้งเบิกหน่วยงาน(สสจ./สสอ./รพ./สอ.).....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ประเภทสมทบ และได้กรอกรายละเอียดในใบสมัครสมาชิกสหกรณ์ฯประเภทสมทบ และใบสมัครสมาชิกสมาคมคณาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ฯตามรายละเอียดสิ่งที่มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หมายเหตุ : พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

ตรวจสอบแล้ว

1.ข้อมูลตามใบสมัคร

ถูกต้องครบถ้วน

อื่นๆ(ระบุ).....

2.คุณสมบัติของผู้สมัคร

ครบถ้วน

ไม่ครบถ้วน

3.ควรรับไว้เป็นสมาชิก

ประเภทสมทบ

เห็นควรนำเข้าพิจารณาในที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินงานสหกรณ์ประจำเดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(.....)

(.....)

(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพังงา จำกัด

ทะเบียนสมาชิกสมทบ

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
อายุ.....ปี รับเข้าเป็นสมาชิกสมทบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ครั้งที่...../.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ได้ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับฯ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพังงา จำกัด ทุก
ประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อ.....สมาชิก

ลายมือชื่อ.....(พยาน)

ลายมือชื่อ.....(พยาน)

รายการตำแหน่งและสังกัด

วัน/เดือน/ปี	ตำแหน่งและสังกัด	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ

รายการเงินได้และเงินค่าหุ้นรายเดือน

วัน/เดือน/ปี	เงินได้รายเดือนรวม ทั้งเงินอุดหนุน (บาท)	เฉพาะเงินอุดหนุน (บาท)	เงินค่าหุ้นรายเดือน (บาท)	ลายมือชื่อ (เจ้าหน้าที่)	หมายเหตุ

รายการตำบลที่อยู่

รับแจ้งวันที่	ที่อยู่	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่	หมายเหตุ

การลาออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุมครั้งที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สหกรณ์ฯแจ้งให้ทราบตามหนังสือที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภรรยาของสมาชิกสหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็น

สามี/ภรรยา (จัดมาค่าที่ไม่ใช่ออก) ของข้าพเจ้าทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรสกับ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้วหรือที่จะทำขึ้นในวันใดวันหนึ่งในภายหน้าได้ตลอดไป
จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม(คู่สมรส)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร(สมาชิก)
(.....)

ลงชื่อ.....พยานและผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองและพยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด



คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....ขอ

รับรองว่าข้อความซึ่ง(นาย/นาง/นางสาว).....เป็น

ผู้ได้บังคับบัญชา เป็น ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เงินเดือน.....บาท เริ่มทำงาน เมื่อ.....และพร้อม

ได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสมควรรับเข้าเป็นสมาชิกประเภทสมทบของ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิษณุโลก จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

หมายเหตุ 1.ผู้สมัครสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้รับรอง

2.ผู้สมัครสังกัดโรงพยาบาล ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้รับรอง

3.ผู้สมัครสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รับรอง



หนังสือตั้งผู้รับผลประโยชน์ตามข้อบังคับฯ สหกรณ์ ข้อ 58

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... สมาชิกสหกรณ์เลขที่..... ขอทำหนังสือตั้งบุคคลหนึ่งหรือหลายคน เพื่อเป็นผู้รับโอนประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เมื่อข้าพเจ้าตายนั้นให้สหกรณ์ถือหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ดังกล่าวนี้ต้องทำตามลักษณะพินัยกรรม

ถ้าข้าพเจ้าประสงค์จะเพิกถอน หรือเปลี่ยนแปลงการตั้งผู้รับโอนประโยชน์ที่ได้ทำไว้แล้ว ก็ต้องทำหนังสือตามลักษณะดังกล่าวในวรรคก่อนให้สหกรณ์ถือไว้

เมื่อข้าพเจ้าตาย ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด แจงให้ผู้รับโอนประโยชน์ตามความในวรรคก่อนทราบและสหกรณ์จะจ่ายเงินค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืนและเงินผลประโยชน์หรือเงินอื่นใด บรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ พึงจะจ่ายให้หลังจากหักลบกลบหนี้แล้วให้แก่บุคคลที่มีรายชื่อต่อไปนี้ จำนวน.....คน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เกี่ยวข้องเป็น	จำนวน.....ส่วน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือฉบับนี้ดีแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ระบุเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. หากจำนวนผู้รับประโยชน์หลายคนให้เขียนต่อด้านหลังพร้อมลงชื่อกำกับ
2. หากไม่ระบุสัดส่วนการรับประโยชน์ไว้ให้ถือว่าได้รับในสัดส่วนที่เท่ากัน
3. หากทำหนังสือตั้งผู้รับประโยชน์ฉบับหลังแล้ว ให้ถือว่าฉบับก่อนยกเลิก



หนังสือให้ยินยอมหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาศัยอำนาจตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมทบสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียนที่.....ปฏิบัติงานที่(1).....สังกัด
จ.18 (2).....ตำแหน่ง.....มีความ
ประสงค์ให้ส่วนราชการ/หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง เพื่อชำระหนี้ จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ
(2).....ดังนี้

1.ข้าพเจ้ายินยอมให้ (2)..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหัก
เงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจาก
(2).....เพื่อชำระเงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้น ประจำเดือนหรือภาระ
ผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้
หรือภาระนั้นจะระงับสิ้นไป

2.ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด
จะให้คำยินยอม

3.ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ส่งคู่ฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้
(2).....ไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกเลขที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกเลขที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ 1.พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ทั้ง 2 คน

2. “(1)” หมายถึง สถานที่ปฏิบัติงาน

3. “(2)” หมายถึง สังกัดบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ตาม จ.18



หนังสือให้ยินยอมหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาศัยอำนาจตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมทบสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เลขทะเบียนที่.....ปฏิบัติงานที่(1).....สังกัด
จ.18 (2).....ตำแหน่ง.....มีความ
ประสงค์ให้ส่วนราชการ/หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง เพื่อชำระหนี้ จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ
(2).....ดังนี้

1.ข้าพเจ้ายินยอมให้ (2)..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหัก
เงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับจาก
(2).....เพื่อชำระเงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้น ประจำเดือนหรือภาระ
ผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้
หรือภาระนั้นจะระงับสิ้นไป

2.ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
จะให้คำยินยอม

3.ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ส่งคู่มือฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้
(2).....ไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกเลขที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกเลขที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ 1.พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ทั้ง 2 คน

2. “(1)” หมายถึง สถานที่ปฏิบัติงาน

3. “(2)” หมายถึง สังกัดบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ตาม จ.18

คุณสมบัติผู้สมัครสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
3. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
4. มีอายุในวันสมัคร ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
5. มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดพัทลุง หรือปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
6. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส, พนักงานหรือลูกจ้างสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส หรือลูกจ้างสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส

เอกสารประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 3. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 4. ค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงปีละ 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า 300 บาท รวม 450 บาท
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามที่สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด หรือ โทร. 0-7461-6167



หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพยาบาล
สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

มติของคณะกรรมการ.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

นายกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์
...../.....



หนังสือยินยอมให้ ส่วนราชการ/ หน่วยงาน หักเงินเดือน หรือ ค่าจ้าง
เพื่อชำระค่าบำรุงประจำปี และ เงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน (1)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี หมู่โลหิต.....
เลขหมายประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ปฏิบัติงานที่ (2).....
ตำแหน่ง.....ซึ่ง ตนเอง/ คู่สมรส เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการ/
หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าและสั่งให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
พัทลุง จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ (2).....ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ/หน่วยงาน
ตามจำนวนที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ แจ้งให้หน่วยงานหักเงินชำระค่าบำรุงประจำปี หรือเงินสงเคราะห์ หรือทั้งค่า
บำรุงประจำปีและเงินสงเคราะห์ ให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ

ข้อ 2. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด
หรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าหมดสมาชิกภาพ ตามข้อบังคับของสมาคมฯ

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกันฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (2).....
ฉบับที่สองเก็บไว้ที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึง หัวหน้าส่วนราชการ/หัวหน้าหน่วยงาน ตามจ.18 (กรณีเป็นข้าราชการ) / หัวหน้าหน่วยงานที่
ปฏิบัติงาน (กรณีลูกจ้าง)

.....จ. 18 (กรณีเป็นข้าราชการ) / หัวหน้าหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (กรณีลูกจ้าง)