กรุณาแนบเอกสารประกอบ ดังนี้
1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
3. หนังสือรับรองเงินเดือน / สลิปเงินเดือน
4. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
5. **แบบหนังสือรับรองการจ้างเกิน 4 ปี หรือเอกสารสัญญาจ้างงานพนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข /พนักงานสถาบัน (ระยะเวลาปฏิบัติงานตามสัญญาจ้างมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 4 ปี) และสัญญาจ้างฉบับต่อสัญญา**
6. หนังสือแสดงเจตนาการตั้งผู้รับผลประโยชน์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับผลประโยชน์

เลขทะเบียนสมาชิก
(สำหรับเจ้าหน้าที่) .....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

ทะเบียนสมาชิก / ใบสมัครสมาชิก

วันที่.....

ติดรูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้ามีความเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ซึ่งข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการให้กู้ยืมเงิน จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชื่อ - สกุล		**วันที่/เดือน/ปีเกิด**	...../...../.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐			**อายุ** ..... **ปี**
ตำแหน่ง		**เงินเดือน** (ไม่รวมรายได้อื่น) .....บาท	

สถานภาพ ❍ โสด ❍ หม้าย ❍ หย่า ❍ สมรส (จดทะเบียน) ❍ สมรส (ไม่จดทะเบียน)

[กรณีสมรส (จดทะเบียน) ต้องแนบใบสำคัญการสมรส ประกอบด้วย]

ชื่อคู่สมรส		**กรณีคู่สมรสเป็นสมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนสมาชิกที่**	.....
อาชีพคู่สมรส		จำนวนบุตร ระบุจำนวน .....คน	

สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....
E-Mail.....

สถานที่ทำงาน

ชื่อสำนักงาน.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ สถานภาพสมาชิกตามข้อบังคับ ข้อ 32 (2) ก.,ค. ประเภทบุคลากร ดังนี้

❍ ข้าราชการ ❍ พนักงานราชการ (ปฏิบัติงานเกิน 4 ปี)
❍ ลูกจ้างประจำ ❍ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือพนักงานสถาบัน (ปฏิบัติงานเกิน 4 ปี)

หมายเหตุ : *เป็นพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (รวมถึงพนักงานสถาบัน) หรือเจ้าหน้าที่ของสหกรณ์ที่ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้างพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (รวมถึงพนักงานสถาบัน) รวมระยะเวลาแล้ว ไม่น้อยกว่า 4 ปี และได้รับการต่อสัญญาจ้างแล้ว*

ขอส่งเงินค่าหุ้นเดือนละ .....**บาท** (ไม่ต่ำกว่าระเบียบกำหนด ตามระเบียบสหกรณ์ ฯ ว่าด้วย การส่งค่าหุ้น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หักค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน .....บาท หักเงินค่าหุ้นรายเดือน รวมถึงหักหนี้ (ในกรณีหากมีภาระหนี้กับสหกรณ์ ส่งต่อสหกรณ์เป็นประจำทุกเดือนแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ หลักเกณฑ์และมติคณะกรรมการสหกรณ์ทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยงาน
..... เป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

คำรับรองของตัวแทนหน่วย (ตัวแทนนำส่งเงิน)

****(เฉพาะสมัครสมาชิก ประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือพนักงานสถาบัน)****

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้จ่ายเงินเดือน และสามารถหักเงินได้รายเดือนของ .....นำส่งให้กับสหกรณ์ได้ ในกรณีที่สหกรณ์มีการเรียกเก็บเงินเพื่อหักเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า หุ้นรายเดือน รวมถึงหักหนี้ (ในกรณีหากมีภาระหนี้กับสหกรณ์)

ลงชื่อ.....ตัวแทนนำส่งเงิน
(.....)

หมายเหตุ *1. ผู้สมัครเป็นผู้ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่าชำนาญงาน หรือชำนาญการ ทั้งนี้ ต้องมีเอกสารรับรองตำแหน่งดังกล่าว*

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อบังคับแล้ว ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติ

❑ ครบถ้วน และ ❍ ไม่เคยเป็นสมาชิก

❍ เคยเป็นสมาชิก (ลาออกเมื่อ.....)

❑ แนบหนังสือเจตนาการตั้งผู้รับผลประโยชน์แล้ว ❑ ไม่มีแนบ

<u>กรณีไม่สามารถนำเสนอขออนุมัติรับเป็นสมาชิกสหกรณ์ได้ (เก็บรักษาไว้ แยกต่างหาก)</u>

❑ ขาดคุณสมบัติ (ระบุ).....

❑ ขาดเอกสาร (ระบุ).....

และได้ตรวจสอบรายชื่อบุคคลที่ถูกกำหนด ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนทางการเงินแห่งการก่อการร้ายและการแพร่ขยายอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง พ.ศ. 2559 แล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก / สมาชิกสมทบ

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่.....ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

(เริ่มใช้ 1 เมษายน 2568)