

ใบสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการพนักงานสาธารณสุขด้านการศึกษา โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา

1x1.5 นิ้ว

เลขที่สมาชิก.....กลุ่มที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. **ข้อมูลปัจจุบัน** ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
 สังกัด โรงเรียน/กลุ่ม จังหวัด ตำแหน่ง
 วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี วันที่บรรจุเข้าทำงาน เงินรายได้บาท/เดือน
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล
 เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
2. **การสมัคร** ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการพนักงานสาธารณสุขด้านการศึกษา โดยได้ทราบระเบียบคณะกรรมการการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ว่าด้วยทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานสาธารณสุขด้านการศึกษา พ.ศ. 2558 และตกลงที่จะปฏิบัติตามระเบียบฯ ทุกประการ
3. **การหักเงิน** ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุกๆ งวดการจ่ายค่าจ้าง ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกองทุนฯ แล้วนำส่งเข้ากองทุนตามระเบียบฯ ที่กำหนดไว้
4. **ผู้รับผลประโยชน์** ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต ตามรายละเอียดและอัตราส่วนดังต่อไปนี้
 1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
 ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %
 2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
 ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %
 3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
 ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %

ในกรณีข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ตามส่วนเท่าๆกัน และสำหรับในกรณีเป็นการจ่ายตามส่วนเท่าๆ กัน ถ้าผู้รับผลประโยชน์คนหนึ่งคนใดได้ถึงแก่กรรม ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนกระจายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามส่วนเท่าๆ กัน
5. **นายจ้าง** ยินยอมจ่ายเงินสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ให้แก่ผู้สมัคร ตามระเบียบฯ
6. **คำยืนยัน** ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อกำหนดต่างๆ ในระเบียบฯ แล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ ในระเบียบฯ ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันและที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในภายหน้าทุกประการ

เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบแต่งตั้ง
- รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1x1.5 นิ้ว 2 ใบ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้อำนวยการโรงเรียน
(.....)

7. <input type="checkbox"/> ตรวจสอบแล้วเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบฯ มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกได้ (ลงชื่อ) ผู้รับรอง (.....) อนุกรรมการและเลขานุการบริหารกองทุน วันที่	8. รับรองข้อมูล (ลงชื่อ) ผู้รับรอง (.....) ประธานอนุกรรมการบริหารกองทุน วันที่
9. <input type="checkbox"/> ได้ตรวจสอบแล้วและเห็นควรอนุมัติ ให้เข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้ตั้งแต่วันที่ (ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่	10. อนุมัติ (ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (.....) (.....) เลขานุการกรรมการบริหารกองทุน ประธานกรรมการบริหารกองทุน วันที่ วันที่

ใบสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการพนักงานศาสนการด้านการศึกษา
โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา

1x1.5 นิ้ว

เลขที่สมาชิก.....กลุ่มที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

- ข้อมูลปัจจุบัน** อาตมาภาพ ฉายา
สังกัด โรงเรียน จังหวัด ตำแหน่ง
วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี พรรษา วันที่รับตำแหน่ง ค่าตอบแทน.....บาท/เดือน
ที่อยู่ปัจจุบัน วัด.....เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบลเขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- การสมัคร** ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการพนักงานศาสนการด้านการศึกษา โดยได้ทราบระเบียบคณะกรรมการการศึกษาพระปริยัติธรรม
แผนกสามัญศึกษา ว่าด้วยทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานศาสนการด้านการศึกษา พ.ศ. 2558 และตกลงที่จะปฏิบัติตามระเบียบฯ ทุกประการ
- การหักเงิน** ข้าพเจ้าขอให้นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุกๆ งวดการจ่ายค่าจ้าง ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกองทุนฯ แล้วนำส่งเข้ากองทุน
ตามระเบียบฯ ที่กำหนดไว้
- ผู้รับผลประโยชน์** ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต ตามรายละเอียดและอัตราส่วนดังต่อไปนี้
 - ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %
 - ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %
 - ชื่อผู้รับผลประโยชน์ เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ โดยให้ได้รับส่วนแบ่งจำนวน %

ในกรณีข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับ
ผลประโยชน์ตามส่วนเท่าๆกัน และสำหรับในกรณีเป็นการจ่ายตามส่วนเท่าๆ กัน ถ้าผู้รับผลประโยชน์คนหนึ่งคนใดได้ถึงแก่กรรม ให้คณะกรรมการบริหารกองทุน
กระจายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามส่วนเท่าๆ กัน
- นายจ้าง** ยินยอมจ่ายเงินสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ให้แก่ผู้สมัคร ตามระเบียบฯ
- คำยืนยัน** ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อกำหนดต่างๆ ในระเบียบฯ แล้ว และข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ ในระเบียบฯ ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่
ในปัจจุบันและที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในภายหน้าทุกประการ

เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาใบสุทธิ
 สำเนาใบแต่งตั้ง
 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1x1.5 นิ้ว 2 ใบ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)(ลงชื่อ) ผู้อำนวยการโรงเรียน
(.....)

<p>7. <input type="checkbox"/> ตรวจสอบแล้วเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบฯ มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกได้ (ลงชื่อ) ผู้รับรอง (.....) อนุกรรมการและเลขานุการบริหารกองทุน วันที่</p>	<p>8. รับรองข้อมูล (ลงชื่อ) ผู้รับรอง (.....) ประธานอนุกรรมการบริหารกองทุน วันที่</p>
<p>9. <input type="checkbox"/> ได้ตรวจสอบแล้วและเห็นควรอนุมัติ ให้เข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้ตั้งแต่ (ลงชื่อ)ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่</p>	<p>10.อนุมัติ (ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (.....) (.....) เลขานุการกรรมการบริหารกองทุน ประธานกรรมการบริหารกองทุน วันที่ วันที่</p>