



แบบฟอร์มสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส.).....

เป็น ()พนักงานราชการ ()พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ()ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

หน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....

แผนก.....เงินเดือน.....

เลขที่บัญชีธนาคาร.....เลขที่บัตรประชาชน.....

วัน เดือน ปี ที่เกิด.....ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์..... ()เคยเป็น ()ไม่เคยเป็น สมาชิกสหกรณ์ฯ

(กรณีเคยเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ หากการลาออกยังไม่ครบ 1 ปี ให้ถือว่าการสมัครใหม่นี้เป็น โฉมใหม่)

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด
ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... เมื่อสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมเสียค่าธรรมเนียมตามระเบียบของสหกรณ์ และยินยอมปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ
ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด ด้วยความสมัครใจ พร้อมนี้ข้าพเจ้าจะส่งค่าหุ้น
โดยโอนเงินให้สหกรณ์ฯ เป็นเงินค่าหุ้นเดือนละ.....บาท พร้อมเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

()สำเนาทะเบียนบ้าน ()สำเนาบัตรประชาชน ()ใบยินยอมให้หักเงินชำระหนี้

()สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือ ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

()หนังสือรับรองการทำงาน/การจ้างงาน ()สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย

(ลงชื่อ)

ผู้สมัคร

(.....)

(คำรับรองของเจ้าหน้าที่การเงินและผู้บังคับบัญชา)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

จนท.การเงิน

(.....)

ลงชื่อ

ผู้บังคับบัญชา

(.....)

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

เป็นสมาชิกเลขทะเบียน.....ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจสอบ

หมายเหตุ กรุณาเขียนใบสมัครด้วยตัวบรรจงด้วยลายมือตนเอง และกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ