

หลักฐานประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน

- สำเนาหน้าสมุดธนาคารกรุงไทย

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

\*\*\*\*\*

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.) ..... นามสกุล.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ตั้งบ้านเรือนอยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ..... ปี (เกิดวันที่.....)

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ทำงานในตำแหน่ง..... ระดับ..... งาน.....

ฝ่าย..... กอง/ศูนย์..... กรมอนามัย ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ..... บาท

รับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้อ 3 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์

ในอัตราเดือนละ..... บาท (ตัวอักษร)..... บาท

- อย่างน้อยต้องเป็นไปตามอัตราซึ่งกำหนดไว้ในข้อบังคับสหกรณ์ ข้อ 6

- เป็นสมาชิกสมบูรณ์ต่อเมื่อสหกรณ์ได้หักเงินค่าหุ้นเดือนแรกแล้ว

ข้อ 5 ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียดของแต่ละรายการ

คือ ชื่อและสำนักของเจ้าหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรกอัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปีหลักประกันที่ไว้ไว้จำนวนต้นเงินคงเหลือจำนวนดอกเบี้ยชำระและเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกรายการ

(1) .....

(2) .....

(3) .....

ข้อ 6 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าว

ในข้อ 5 เป็นจำนวน ..... บาท

ในกรณีที่หนี้สินอยู่แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้นหรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สิน นั้น

ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผล ดังต่อไปนี้.....

ข้อ 7 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่าย

เงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงิน

งวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 8 ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกแนบมาพร้อมนี้แล้วและจะชำระค่าธรรมเนียม

แรกเข้าพร้อมด้วยเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าว

นี้ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7

ข้อ 9 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์

ทุกประการ

..... ผู้สมัคร

(นาย,นาง,นางสาว.....)

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....ฝ่าย.....

ได้สอบสวนข้อความ ซึ่ง (นาย,นาง,นางสาว).....ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัคร

เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ข้อ 32 และสมควรเข้า

เป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้ได้

.....ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/.....

(นาย,นาง,นางสาว.....)

## ข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

### ข้อ 32 คุณสมบัติของสมาชิก สมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์
- (2) เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งบรรลุนิติภาวะและมีสัญชาติไทย
- (3) เป็นผู้มีความสมบัติได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ก. เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานราชการหรือข้าราชการบำนาญ  
สังกัดกรมอนามัยหรือเป็นเจ้าของหน้าที่ของสหกรณ์นี้ หรือ

ข. เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานราชการข้าราชการบำนาญ  
ที่สังกัดกรมอนามัยที่ออกจากราชการโดยไม่มีความผิด หรือ

ค. ผู้ซึ่งเคยเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานราชการหรือข้าราชการบำนาญ  
สังกัดกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่เคยสังกัดกรมอนามัยที่โอนหรือย้ายไปสังกัดส่วนราชการอื่น

- (4) เป็นผู้มีความประพฤติและนิสัยดีงาม
- (5) มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

**ข้อ 34 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า** ผู้เข้าเป็นสมาชิกจะต้องชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้สหกรณ์  
คนละ 100 บาท ค่าธรรมเนียมแรกเข้านี้ให้ถือเป็นรายได้ของสหกรณ์จะเรียกคืนไม่ได้

### ข้อ 5 การถือหุ้น

สมาชิกทุกคนต้องส่งค่าหุ้นตั้งแต่เดือนแรกเข้าเป็นสมาชิก เป็นรายเดือนตามอัตราส่วนของ  
เงินได้รายเดือนของตน ดังต่อไปนี้

เงินได้รายเดือน (บาท)	การถือหุ้นรายเดือน (หุ้น)	(บาท)
ไม่เกิน 10,000.00	50	500.00
เกินกว่า 10,000.00 แต่ไม่เกิน 30,000.00	70	700.00
เกินกว่า 30,000.00	100	1,000.00

ถ้าสมาชิกประสงค์จะถือหุ้นรายเดือนในอัตราที่สูงกว่ากำหนดไว้ในระเบียบของสหกรณ์หรือ  
จะขอซื้อหุ้นเพิ่มขึ้นอีก ให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการและให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ  
แต่จำนวนหุ้นทั้งหมดต้องไม่เกินหนึ่งในห้าของหุ้นที่ชำระแล้วทั้งหมด

สมาชิกจะโอนหรือถอนหุ้นในระหว่างที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ไม่ได้

## หมายเหตุ

### หลักฐานแนบใบสมัคร

1. หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใด
2. สำเนาบัตรประจำตัว

**ทะเบียนสมาชิก**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์ กรมอนามัย จำกัด**

**ประเภท สหกรณ์ออมทรัพย์**

สถานที่ตั้งเลขที่ 88/22 ถนนติวานนท์ ซอยบาราคนราตรี ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ  
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

**รายการตำแหน่งและสังกัด**

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

**การออกจากสหกรณ์**

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ.....ลาออก / .....ให้ออก / .....ถึงแก่กรรม ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

.....  
กรรมการและเลขานุการ

หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ กบข. กสจ. และหรือเงินอื่นใด

เขียนที่ .....  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินเดือนค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ กบข. กสจ. และหรือเงินอื่นใด

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง/ .....)  
อธิบดีกรมอนามัย (ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง / ผู้อำนวยการศูนย์ .....)  
ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/  
ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ตำแหน่ง .....  
ระดับ.....ฝ่าย/งาน/กลุ่ม ..... สำนัก/กอง/ศูนย์.....  
กรมอนามัย/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ .....  
และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด ทะเบียนสมาชิกเลขที่ .....

เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0526.5/654 ลงวันที่ 10 เมษายน 2543 เรื่องการหักเงิน ณ ที่จ่ายของข้าราชการและลูกจ้างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินเดือนในสังกัดของข้าพเจ้ารวมทั้งสังกัดใหม่ หากได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งทุกตำแหน่งหรือพ้นจากตำแหน่งโดยมีบำเหน็จ บำนาญ เงิน กบข. หักเงินเดือน เงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินกบข. รวมทั้งเงินอื่นใดอันพึงได้รับจากราชการ และหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด เพื่อนำส่งชำระหนี้ที่ข้าพเจ้าผูกพันกับทางสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด ทั้งในฐานะผู้กู้ ผู้ค้ำประกัน และฐานะอื่นๆ ได้ทันทีจนกว่าสหกรณ์จะได้รับการชำระหนี้โดยสิ้นเชิง และคำยินยอมนี้ถือเป็นเงื่อนไขของการอนุมัติให้กู้เงินหากประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมในภายหลังจะต้องได้รับความยินยอมจาก สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด เป็นหนังสือก่อนจึงจะเพิกถอนได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานด้วย แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้ความยินยอม  
(นาย/นาง/นางสาว) .....)  
(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(นาย/นาง/นางสาว) .....)  
(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(นาย/นาง/นางสาว) .....

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้สมัครสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด มีความประสงค์ขอแจ้งรายชื่อผู้รับโอนประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง  
ขอให้จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝากทุกประเภทและผลประโยชน์อื่นทุกชนิดบรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่ใน  
สหกรณ์ฯนี้ หลังจากที่ได้หักจำนวนเงินซึ่งต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ฯออกแล้วให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ขณะนี้ข้าพเจ้าพักอยู่ที่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่บ้าน).....  
สถานที่ทำงาน (กอง/ศูนย์/สำนัก).....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายมือชื่อข้างบนนี้เป็นลายมือชื่อของ.....เป็นลายมือจริง

.....ลายมือชื่อผู้รับรอง  
(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....  
.....ลายมือชื่อผู้รับรอง  
(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....