



ใบสมัครสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี [กรณีพิเศษ ปี ๖๙]

เลขทะเบียนประจำตัวสมาชิก.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า.....วัน เดือน ปีเกิด.....ปัจจุบันอายุ.....ปี

หมายเลขประจำตัว

หมายเลขประจำตัวประชาชน

๒. รับราชการหรือปฏิบัติงานเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว
อื่นๆ.....สังกัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

๓. สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

๔. ข้าพเจ้า ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี

๕. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมขอมอบให้.....เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ เพื่อจัดการศพ

สังกัด.....หมายเลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา อื่น ๆ (ระบุ).....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๖. การยินยอม

๖.๑ ข้าพเจ้า.....สมาชิกหมายเลข.....สังกัด.....

ซึ่งเป็นผู้นำ.....สมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี
ยินยอมชำระเงินค่าสงเคราะห์แทนผู้สมัคร และให้หักเงินรายเดือนของข้าพเจ้าที่ได้รับจากหน่วยงานในกองทัพเรือ
เต็มตามจำนวนสมาชิกที่ถึงแก่ความตาย ตามประกาศของการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี

๖.๒ การหักเงินสงเคราะห์ศพจากเงินรายเดือนนั้น หากหักเงินรายเดือนไม่ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินทางบัญชี ธนาคารทหารไทยธนชาติ
ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่

ประเภทออมทรัพย์ สาขา.....(หมายเหตุ เพื่อเป็นหลักประกันหักเงินทางธนาคาร ขอให้แนบสำเนาสมุดบัญชี ๓ ด้วย)

๗. ในกรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ขอให้ติดต่อชื่อ.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....

ซึ่งเกี่ยวข้องกับ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา อื่น ๆ (ระบุ).....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๘. การสมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์กรณีพิเศษ ขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงไม่ปรากฏโรคตามเอกสารใน
การตรวจร่างกายของแพทย์ และข้อความที่ข้าพเจ้า ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่ามี
ข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้เพิกถอนสิทธิการเป็นสมาชิกของข้าพเจ้าได้ทันที และจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ ทุก
ประการ จากการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้นำสมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ส่วนของเจ้าหน้าที่

- เอกสารแนบการสมัคร / ตรวจสอบหลักฐานครบถ้วนถูกต้องแล้ว ดังนี้

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ) | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญการสมรส |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร |
| | <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน |

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ฯ/รับสมัคร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

(ลงชื่อ).....ผช.นายทะเบียนฯ

- ได้รับเงินค่าสมัคร จำนวน ๒๐ บาท (ยี่สิบบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงิน
เล่มที่.....เลขที่.....ไว้เรียบร้อยแล้ว

- ได้รับเงินค่าบำรุงปีละ ๓๐ บาท (สามสิบบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงิน
เล่มที่.....เลขที่.....ไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....

ผก.แผนกฆาปนกิจ กศค.สก.ทร.

เหรียญกษา

...../...../.....

- ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิกการฆาปนกิจ ฯ ได้ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....

ประจำแผนกฆาปนกิจ กศค.สก.ทร.

นายทะเบียนฯ

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

หน.ฆาปนกิจ กศค.สก.ทร.

รองผู้จัดการกิจการการฆาปนกิจฯ

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

ผอ.กศค.สก.ทร.

กรรมการ / ผู้จัดการกิจการการฆาปนกิจฯ

...../...../.....