



เลขทะเบียนที่.....

ใบสมัครสมาชิก

สวัสดิการภายในส่วนราชการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ..... นามสกุล ตำแหน่ง.....

ประเภท () ข้าราชการพลเรือนสามัญ () ลูกจ้างประจำ () พนักงานราชการ () พนักงานกองทุนฯ
() อื่นๆ.....

เลขประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- อายุ.....ปี

สังกัดกลุ่ม/หน่วย..... กอง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

สมัครสมาชิกใหม่ และนำส่งค่าธรรมเนียมสมาชิก รายปี ๑๐๐.- บาท/ปี

ต่ออายุสมาชิก และนำส่งค่าธรรมเนียมสมาชิก รายปี ๑๐๐.- บาท/ปี ประจำปี

ข้าพเจ้าได้ทราบและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบสวัสดิการภายในส่วนราชการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

* หมายเหตุ

เฉพาะผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการภายในส่วนราชการ พก. ที่ชำระค่าธรรมเนียมจำนวนหนึ่งร้อยบาทต่อปี จะได้รับสิทธิตามระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยการจัดสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับเจ้าหน้าที่ กองทุนสวัสดิการ พก.

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/น.ส./นาง.....นามสกุลตำแหน่ง.....
ประเภท () ข้าราชการพลเรือนสามัญ () ลูกจ้างประจำ () พนักงานราชการ
() พนักงานกองทุนฯ () อื่นๆ.....
เป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามระเบียบสวัสดิการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยการจัดสวัสดิการ
พ.ศ. ๒๕๖๑

.....
(.....)
ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้ช่วยเลขานุการฯ

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน กองทุนสวัสดิการ พก.

ได้เรียกเก็บเงินบำรุงสวัสดิการภายในส่วนราชการกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รายปีละ ๑๐๐.- บาท
เมื่อวันที่..... เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐๐.- บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

.....
(.....)
ตำแหน่ง เหนรัญญิก

หลักฐานการสมัคร

๑. ใบสมัครตามแบบฟอร์ม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา