



# ใบสมัครสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี

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  
(กรณีครอบครัว ผู้ที่สมัครเป็น  คู่สมรส  บิดา  มารดา  บุตร ของ.....)

ขอคืนสภาพสมาชิก ซึ่งเคยเป็นสมาชิกการฌาปนกิจฯ เมื่อ.....เลขทะเบียน.....  
พ้นจากสมาชิกภาพเนื่องจาก.....เมื่อ.....

การสมัครเป็นสมาชิก / คืนสภาพสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบของการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวีที่ได้กำหนดไว้แล้วหรือที่จะกำหนดขึ้นใหม่ต่อไปในภายหน้าทุกประการ

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

ธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขา.....บัญชีเลขที่

ชื่อบัญชี..... (หมายเหตุ เพื่อเป็นหลักฐานหักเงินทางธนาคาร ให้แนบสำเนาสมุดบัญชีฯ 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. การสมัครเข้าเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ ขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงไม่ปรากฏโรคตามเอกสารในการ  
ตรวจร่างกายของแพทย์ และข้อความที่ข้าพเจ้า ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่ามี  
ข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้เพิกถอนสิทธิการเป็นสมาชิกของข้าพเจ้าได้ทันที และจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทุกประการ  
จากการฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวี

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้นำสมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

- ตรวจสอบหลักฐานครบถ้วนถูกต้องแล้ว ดังนี้

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว   | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน           | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญการสมรส | <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์    |

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ฯ / รับสมัคร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

(ลงชื่อ)..... ผช.นายทะเบียน ฯ

- ได้รับเงินค่าสมัคร / ค่าสมัครขอคืนสภาพสมาชิก จำนวน ๒๐ บาท (ยี่สิบบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ไว้เรียบร้อยแล้ว
- ได้รับเงินค่าบำรุงปีละ ๓๐ บาท (สามสิบบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....

ฝก.แผนกฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

เหรียญกษา

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

- ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิกการฅาปนกิจ ฯ ได้ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....

ประจำแผนกฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

นายทะเบียนฯ

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

(ลงชื่อ).....

หน.ฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการฯ

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

**เฉพาะการขอคืนสภาพสมาชิก**

- คณะกรรมการการขอคืนสภาพสมาชิกการฅาปนกิจสงเคราะห์แห่งราชนาวิ ได้พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุมัติให้คืนสภาพสมาชิก ได้ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ) .....

หน.ฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

กรรมการ/ ผู้ช่วยเลขานุการฯ

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

(ลงชื่อ) .....

ประจำแผนกฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

นายทะเบียนฯ

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

(ลงชื่อ) .....

ฝก.แผนกฅาปนกิจ กศค.สก.ทร.

เหรียญกษา

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