

199/8 หมู่ที่ 2 อาคารสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย(สฌ.สอ.) ชั้น 4 ถ.นครอินทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

โทร. 0 2496 1337 โทรสาร 0 2496 1338 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : ftsc.coop1@gmail.com

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย**

**สสอค.**

**สสอค.5**

**หนังสือยืนยันข้อมูลสมาชิก สสอค. รอบเดือน .........................................**

ที่ สสอค(รหัสศูนย์ประสานงาน).(เลขหนังสือ)/............

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

เรื่อง แจ้งผลการตรวจสอบคุณสมบัติของสมาชิกรอบเดือน ...........................................................

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย

ตามที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์........................................................................ จำกัด

ได้รับสมัครสมาชิก ในรอบเดือน............................... ระหว่างวันที่............................................. แล้วนั้น

ศูนย์ประสานงานได้ตรวจสอบคุณสมบัติของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์แล้ว ดังนี้

**สมาชิกประเภทสามัญ** จำนวน..................ราย

**สมาชิกประเภทสมทบ** จำนวน..................ราย

* เป็นสมาชิกสามัญของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพอื่น จำนวน................ราย
* เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์ จำนวน................ราย
* เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ 7 กลุ่มวิชาชีพ จำนวน................ราย
* เป็นคู่สมรส(แนบทะเบียนสมรส) บุตร บิดา-มารดาของสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ หรือประเภทสมทบของสหกรณ์ หรือสมาชิกสามัญของกลุ่มวิชาชีพอื่น

จำนวน................ราย

* เป็นคู่สมรส(แนบทะเบียนสมรส) บุตร บิดา-มารดา ของสมาชิกสามัญสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ขบวนการออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม 7 กลุ่มวิชาชีพ จำนวน................ราย

มีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน

มีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐ และแบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

มีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์

มีสำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

รูปถ่ายผู้สมัคร(ถ่าย ณ วันที่สมัคร)

พร้อมแนบทะเบียนข้อมูลรายชื่อสมาชิกที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์ 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ทะเบียนสมาชิก สสอค. และเอกสารหลักฐานของสมาชิกครบถ้วนและถูกต้องทุกรายการดังกล่าว

ลงชื่อ..................................................

(.......................................................)

ตำแหน่ง............................................................

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สสอค.** โทรศัพท์. 02-496-1337 โทรสาร. 02-496-1338 หรือทาง E-mail : ftsc.coop1@gmail.com