



ขยายเวลายื่นใบสมัครสมาชิก

ช.พ.ด. - ช.พ.ส. กรณีพิเศษ

จนถึงวันที่

28 กุมภาพันธ์ 2562

ใบสมัครใบสมัครสมาชิก ช.พ.ด. - ช.พ.ส. ตามท้ายประกาศนี้



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.

เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมประกาศการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี
ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

เพื่อให้การรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. ตามประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 วรรคสาม แห่งระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการณากิจสงเคราะห์ช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2550 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม และมติของคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 14/2561 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 จึงเห็นสมควรแก้ไขประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ดังนี้

1. ให้ยกเลิกแบบใบรับรองแพทย์ที่กำหนดไว้ท้ายประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 ข้อ 13 และให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

2. ให้แก้ไขความในข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปี ของสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ฉบับลงวันที่ 24 กันยายน 2561 จากเดิม

“ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2561 เปิดรับในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น. ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด / กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี” เป็น

“ข้อ 6 ผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครตามแบบท้ายประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 เปิดรับในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น. ทั้งนี้ ผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด / กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี”

นอกนั้นคงเดิม

ประกาศ ณ วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561

(นายอรรถพล ตรีกตรอง)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ ปฏิบัติหน้าที่

เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



กรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนองนี้ หรือ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ | |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว | <input type="checkbox"/> สมาชิกคุรุสภา | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) | |

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

e-mail

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่ ถนน แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน

2. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ลาออกเมื่อวันที่

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)



ใบรับรองแพทย์

(ใช้สำหรับกรณีพิเศษ ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป จนถึง 60 ปี)

สถานที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกายถึงวันรับสมัคร
เข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



กรณีพิเศษอายุเกิน 35 ปี - 60 ปี

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต

เลขที่ทะเบียนสมรส จังหวัด

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

e-mail (ถ้ามี)

2. ข้อมูลของกลุ่มสมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งท้ายนี้ หรือ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

ครู คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา

บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ลูกจ้างประจำ

ลูกจ้างชั่วคราว สมาชิกคุรุสภา อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง)

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต))

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกแล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เลขประจำตัว ลาออกเมื่อวันที่

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

หน่วยงาน

หนังสือรับรองของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง/ นางสาว.....

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

สังกัด อัตราเงินเดือน บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราสถาบัน
2. หนังสือรับรองฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้ออกหนังสือรับรองฉบับนี้



(กรณีพิเศษ)

ใบรับรองแพทย์

(ใช้สำหรับกรณีพิเศษ ผู้สมัครที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป - 60 ปี)

สถานที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟื้นเพื่อนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2)

.....
.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกายถึงวันรับสมัคร
เข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ศ.