

เอกสารหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครสมาชิก ช.พ.ค. เข้าใหม่

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(พร้อมทั้งฉบับจริง แสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่)

2. หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา มีอายุไม่เกิน 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ผู้บังคับบัญชารับรองจนถึงวันขึ้นสมัครและ ตราประทับหน่วยงานสังกัด

3. ใบรับรองแพทย์ (แบบ ชพค. 3) แยกเป็น 2 กรณี

- กรณีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์ (แบบ ชพค.3) ใช้แบบกรณีปกติ

- กรณีพิเศษอายุเกิน 35 ปี (แบบ ชพค.3) ใช้แบบกรณีพิเศษ โดย

ใบรับรองแพทย์ จากโรงพยาบาลภาครัฐ หรือ สถานพยาบาล สกสค.

\* โดยใบรับรองแพทย์ทุกกรณี มีกำหนดไม่เกิน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่

วันที่ตรวจจนถึงวันขึ้นสมัคร และต้องมีตราประทับสถานที่ตรวจ

และแพทย์รับรองว่า ขณะตรวจมีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจาก

โรคที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ \*

4. สำเนาทะเบียนบ้าน

5. สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ(พร้อมฉบับจริง)หรือสำเนา

ประวัติรับราชการ (กพ.7) หรือ สำเนาคำสั่งบรรจุแต่งตั้ง

6. สำเนาสัญญาจ้าง(กรณีลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว รวมทั้งเจ้าหน้าที่

ในสังกัด โรงเรียนเอกชน โดยสัญญาจ้างต้องมีกำหนดระยะเวลาจ้าง

ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี (พร้อมทั้งฉบับจริง)

7. กรณีครูสังกัดโรงเรียนเอกชน ในระบบ (สังกัด สช.)

- สำเนาใบแต่งตั้งให้เป็นครู หรือ สำเนาสมุดประจำตัวครู หรือ

สำเนาใบอนุญาตให้เป็นครู สช.11 หรือ สช 18 ( พร้อมฉบับจริง )

8. กรณีครูสังกัดโรงเรียนเอกชน นอกกระบบ (สังกัด สช.)

- สำเนาหนังสืออนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน รับรองสำเนาโดยผู้รับใบอนุญาต

- สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง หรือ เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าผู้สมัครเป็น หรือ

ปฏิบัติหน้าที่ผู้รับใบอนุญาต หรือผู้จัดการ หรือผู้บริหาร หรือผู้สอน

แล้วแต่กรณี

- สำเนาสัญญาจ้าง ต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี

9. ผู้สมัครที่ใช้สิทธิครูสภา เป็นผู้ดำรงตำแหน่งตามระเบียบข้อ 11

- สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกครูสภาประเภทตลอดชีพ หรือ สำเนา

ใบเสร็จรับเงินค่าบำรุงสมาชิกครูสภา หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพครู

- สำเนา ก.พ.7 หรือ สำเนาสมุดประวัติประจำตัวครู สังกัด สช.ที่แสดงว่าเคย

ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบปี

10. ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก และมาสมัครใหม่

- หนังสือรับรองความเป็นสมาชิก ซึ่งออกโดยสำนักงาน สกสค.

11. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

12. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี)

13. สำเนาคำร้องขอใช้คำนำหน้า น.ส. หรือใช้สกุลเดิม (กรณีจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่ โดยเขตเป็นผู้ออกให้)

14. เงินค่าสมัคร กรณีปกติ 50 บาท อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

กรณีพิเศษ 100 บาท (กรณีพิเศษทุกกรณี)

15. เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า แยกเป็น ดังนี้

ก. กรณีปกติ ผู้สมัครรายใหม่(ไม่เคยเป็นสมาชิก) อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

1,000 บาท

ข. กรณีพิเศษ ผู้สมัครรายใหม่ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)

อายุ 35 ปีขึ้นไป - 55 ปี บริบูรณ์ 6,500 บาท

อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปี (นับถึง 31 ธ.ค. 56) 8,500 บาท

ค. กรณีพิเศษที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก และ มาสมัครใหม่

อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์ 6,500 บาท

อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์ 8,500 บาท

อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 12,000 บาท

เงินสงเคราะห์รายศพตั้งแต่งวดที่ลาออกจนถึงงวดที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก

สำนักสวัสดิภาพครู เลขหมายโทรศัพท์อัตโนมัติ 100 เลขหมาย

เบอร์ Call center โทร. 0-2 288-4500 0-2 2884501

เบอร์ แฟกซ์ กลุ่ม ช.พ.ค. 0-2 288-4532 , 0-2 288-4505

โปรดเขียนตัวบรรจง  
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ใบสมัครสมาชิก ข.พ.ค.

☐ กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)

☐ กรณีพิเศษ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)

☐ อายุ 35 ปี ขึ้นไป - 55 ปีบริบูรณ์

☐ อายุ 55 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปี (นับถึง 31 ธ.ค. 56)

☐ กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิก แต่ลาออกและสมัครใหม่)

☐ อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์

☐ อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์

☐ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ค. (ทุกกรณี)

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... คู่สมรสชื่อ .....

(2) ☐ ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนองนี้ หรือ ☐ เคยเป็นสมาชิก ข.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

☐

ครู

☐

คณาจารย์

☐

ผู้บริหารสถานศึกษา

☐

ผู้บริหารการศึกษา

☐

บุคลากรทางการศึกษา

☐

ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

☐

ลูกจ้างประจำ

☐

ลูกจ้างชั่วคราว

☐

สมาชิกคุรุสภา

☐

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 ข.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ข.พ.ค. เลขประจำตัว ..... ลาออกเมื่อวันที่ .....

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร

เป็นเงิน.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เป็นเงิน.....บาท

3.3 เงินสงเคราะห์รายสพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ข.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็น กรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....  
( ..... )

ตำแหน่ง .....

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ตั้งแต่วันที่ .....  
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....  
.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด
- ☐ ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร
- ☐ ประธานกรรมการ ข.พ.ค.

ลงชื่อ .....  
( ..... )

ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน

หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า .....

ตำแหน่ง .....สถานที่ทำงาน .....

สังกัด .....อัตราเงินเดือน .....บาท

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

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

ลงชื่อ .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน



หนังสือรับรองของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.  
กรณีเคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว .....  
เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว .....  
ลาออกเมื่อวันที่..... จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก .....  
ชำระเงินสงเคราะห์รายศพครั้งสุดท้ายก่อนลาออกถึงงวดที่ .....

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

ลงชื่อ .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

- หมายเหตุ
1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด / ผู้อำนวยการกลุ่ม ช.พ.ค. หรือ นักวิชาการสวัสดิภาพชำนาญการ
  2. หนังสือรับรองฉบับนี้ใช้เฉพาะการรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีพิเศษที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แล้วลาออกและมาสมัครใหม่



ชพค. 3

## ใบรับรองแพทย์

( สมัครงาน ช.พ.ค. กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ )

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) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง



## ใบรับรองแพทย์

( สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ใช้เฉพาะกรณีพิเศษ อายุเกิน 35 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. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคเมรัยระยะสุดท้าย
6. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง

ถ้าหากจำเป็น สำนักงาน ช.พ.ค. อาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจหาโรคเพิ่มเติม

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2) .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

( ..... )

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลภาครัฐ หรือ  
สถานพยาบาลของ สกสค. เท่านั้น
- (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด
- (3) ให้ประทับตราของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง