



เลขทะเบียนอันดับที่

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
การฃาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น
www.cremation-dla.com

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน สัญชาติ.....

ตำแหน่งสังกัด.....ชื่อคู่สมรส.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์.....

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

ถนน..... แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของการฃาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

1.

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

2.

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

3.

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าได้ทราบและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่าด้วยการ
ฃาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการและบุคลากรท้องถิ่น ทุกประการ และยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ที่ต้องชำระใน
ระหว่างเดือนจากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

(.....)