**แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก โครงการ “สอ.อาสา เพื่อนช่วยเพื่อน”**

เขียนที่..............................................

วันที่...................................................

เรื่อง สมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการ “สอ.อาสา เพื่อนช่วยเพื่อน”

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี

1. ข้าพเจ้า..................................................................................เกิดวันที่......................................อายุ............ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.............................................................ตำแหน่ง..............................................................สังกัด.....................................................................................................จังหวัด............................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่........................หมู่ที่..............ตำบล...........................อำเภอ/เขต..........................................

จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์........................หมายเลขโทรศัพท์มือถือ……………………………............หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน..................................

1. ประเภทบุคลากร □ ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา

□ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา

□ พนักงานราชการ

□ ลูกจ้างประจำ

□ ลูกจ้างชั่วคราว

□ จ้างเหมา

1. ข้อมูลของบิดา มารดา คู่สมรส บุตร โดยชอบตามกฎหมาย ดังนี้ (กรอกเฉพาะที่มีชีวิตอยู่ ณ ปัจจุบัน)
   1. บิดา ชื่อ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................
   2. มารดา ชื่อ......................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................
   3. คู่สมรส ชื่อ.....................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................
   4. บุตรคนที่ 1 ชื่อ..............................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................

บุตรคนที่ 2 ชื่อ..............................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................

บุตรคนที่ 3 ชื่อ..............................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................

1. ข้าพเจ้าของส่งหลักฐานการสมัคร ประกอบด้วย

4.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของ □ ข้าพเจ้า □ บิดา □ มารดา □ คู่สมรส □ บุตร

4.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ของ □ ข้าพเจ้า □ บิดา □ มารดา □ คู่สมรส □ บุตร

4.3 □ สำเนาทะเบียนสมรส

4.4 □ หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล

5. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงิน ให้แก่........................................................................

เลขบัตรประจำตัวประชาชน........................................................เกี่ยวข้องเป็น.............................................

1. ข้าพเจ้ารับทราบและรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานอธิการบดี และยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนหรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินจากทางราชการเพื่อส่งเงินสมทบ และจะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานอธิการบดีกำหนดไว้ทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).................................................................

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

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