

รูปถ่าย
๑ นิ้ว



สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ...../.....

วันที่รับ...../...../.....

ใบสมัครเครือข่ายประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. กลุ่มเครือข่าย ☐ หมู่บ้าน/ชุมชน ☐ วัด/ศาสนสถาน
☐ สถานศึกษา ☐ โรงงาน/สถานประกอบการ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอสมัครเป็นเครือข่ายประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม (กรุงเทพมหานครพื้นที่/
จังหวัด/สาขา)..... พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
..... ประเภทออมทรัพย์เลขที่บัญชี.....

๒. ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่และยอมรับหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเป็นเครือข่ายประกันสังคม ที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัคร
และมิได้เป็นผู้เสพ ผู้ค้า ผู้สนับสนุนหรือส่งเสริม ตลอดจนการอื่นใดที่เกี่ยวกับยาเสพติด และขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้
ในใบสมัครฯ นี้ เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

รหัสเครือข่าย

--	--	--	--	--	--	--	--

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่.....
ประกันสังคมจังหวัด...../หัวหน้าสำนักงานประกันสังคม.....
จากการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้สมัครราย (นาย/นาง/นางสาว)
.....แล้ว มีความเห็นว่า

☐ เห็นควรอนุมัติ ให้เป็นเครือข่ายประกันสังคม

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....