

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

(สิทธิสวัสดิการการรักษาทางทันตกรรมสำหรับบุคลากร วงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท)

เพื่อยืนยันการลงทะเบียนสิทธิฯ ของบุคลากรและครอบครัว

๑. ประเภทบุคลากร

- ข้าราชการ ลูกจ้างเงินงบประมาณ/ลูกจ้างเงินนอกงบประมาณ
 พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานวิสามัญ TOR

๒. นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ..... ตำแหน่ง.....
ภาควิชา/หน่วยงาน..... บรรจุวันที่..... เดือน พ.ศ.
เบอร์โทรศัพท์..... อีเมล.....

๓. บุคคลในครอบครัว เอกสารแนบหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยใส่เครื่องหมาย “ถูก” ในช่อง

รายละเอียดผู้เกี่ยวข้อง	สำเนาทะเบียนบ้าน	สำเนาทะเบียนสมรส
<input type="checkbox"/> บิดา		
<input type="checkbox"/> มารดา		
<input type="checkbox"/> สามี		
<input type="checkbox"/> ภรรยา		
<input type="checkbox"/> บุตร (อายุไม่เกิน ๒๐ ปี) จำนวน.....คน		

หมายเหตุ บุคลากรต้องปฏิบัติงานครบ ๔ เดือน โดยสมบูรณ์สามารถลงทะเบียนสมัครสวัสดิการรักษาทางทันตกรรมฯ ได้ ณ วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป เช่น ครบ ๔ เดือน คือ ๓๐ ก.ย. ๖๖ เริ่มใช้สิทธิลงทะเบียนได้ ๑ ต.ค. ๖๖