

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

(สิทธิสวัสดิการค่ารักษาทางทันตกรรมสำหรับบุคลากร 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.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนของตนเอง เพื่อตรวจสอบและยืนยันสิทธิ)

๓. บุคคลในครอบครัว เอกสารแนบหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยใส่เครื่องหมาย “ถูก” ☒ ในช่อง

รายละเอียดผู้เกี่ยวข้อง	สำเนาทะเบียนบ้าน	สำเนาทะเบียนสมรส
☐ บิดา		
☐ มารดา		
☐ สามี		
☐ ภรรยา		
☐ 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