



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง โทร. ๐ ๕๔๓๕ ๖๖๗๗ โทรสาร ๐ ๕๔๘๒ ๙๗๙๕

ที่ ลป ๐๐๐๙.๑/๙๔๓๗

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕

เรียน หัวหน้ากลุ่ม / หัวหน้าฝ่าย / เกษตรอำเภอทุกอำเภอ

ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตรได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการสำหรับข้าราชการและเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕ โดยร่วมกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท และมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ ได้กำหนดจัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตรประจำปี ๒๕๖๕ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งเสนอผลประโยชน์ที่จะได้รับและจะมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ สำหรับในปีนี สมาชิกวัยเดิมที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์สามารถให้ความคุ้มครองได้จนถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์ ซึ่งมีผลประโยชน์และความคุ้มครอง ตามเอกสารที่แนบท้ายนี้

ดังนั้น ให้สำนักงานเกษตรอำเภอประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการในสังกัดที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ให้ส่งรายชื่อให้สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง ภายในวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เพื่อจะได้รวบรวมส่งกองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายธีระพงศ์ ฤทธิโชติ)
เกษตรจังหวัดลำปาง



ไทยประกันชีวิต

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ที่ U40521-01/65

การประกันชีวิต และ อุบัติเหตุกลุ่ม

กรมส่งเสริมการเกษตร

จำนวนสมาชิกกรม 828 คน		
ผลประโยชน์ที่จะได้รับ		
1. การประกันชีวิต	เสียชีวิตทุกกรณี	100,000
2. การประกันอุบัติเหตุ		
2.1 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมข้อ 1)		100,000
2.2 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุพิเศษ (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)		200,000
2.3 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตา 2 ข้าง		100,000
2.4 สูญเสียมือ หรือเท้าข้างหนึ่งและสายตาอีกข้างหนึ่ง		100,000
2.5 สูญเสียมือ และเท้า รวม 2 อย่าง		100,000
2.6 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตาเพียงข้างเดียว		60,000
2.7 ทูพพลภาพถาวร (อบ.4 ผลข้อ 3)		
2.7.1 ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง		100,000
2.7.2 ทูพพลภาพถาวรบางส่วน จ่ายไม่เกิน		50,000
2.8 สูญเสียอวัยวะ สัตว์ตาย การรับฟังเสียงและการพูดออกเสียง		(อัตราตั้งแต่ 1%-75%)
2.9 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.5)		10,000
3. ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ		100,000
อัตราเบี้ยประกันรายปี/คน		650.00

หมายเหตุ 1. ผู้มีสิทธิเอาประกันภัย ได้แก่

1.1 คู่ครองสมาชิกของกรมส่งเสริมการเกษตร โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- สำหรับสมาชิกเข้าใหม่ต้องมีอายุ ณ วันเริ่มเอาประกันภัยไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์
- สำหรับสมาชิกเดิมให้ความคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปีบริบูรณ์

1.2 สมาชิกที่เข้าใหม่จะต้องแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ เพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน

1.3 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นความเท็จในใบคำขอเอาประกันภัยหรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริง แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้นให้บริษัทฯ ทราบ ซึ่งหากบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้น ๆ อาจจะงุนใจบริษัทฯ ให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีกหรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาสัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทฯ มีสิทธิออกคำสั่งสัญญาเฉพาะราย และคืนเบี้ยประกันภัยเท่าที่ได้ชำระไว้แล้วได้ หากมีการขอเอาประกันภัยต่อเนื่องกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี บริษัทฯ จะไม่โต้แย้งหรือคัดค้านความสมบูรณ์แห่งสัญญา

2. บริษัทฯ ขอปฏิเสธการต่ออายุสัญญาเนื่องจากอายุเกินเกณฑ์ สำหรับผู้เอาประกันรายดังต่อไปนี้

- นายเลื่อนศักดิ์ สุทะเลลา
- นายศตวรรษ สมบูรณ์ศิริ
- นางกัญจนารณ์ พงศ์ศรี
- นายถวัลย์ ธนะคำดี
- นายชานานู บัวเฟื่อง

3. อัตราเบี้ยประกันภัยไม่ต้องเสียภาษีและอากร



ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน

ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการชำระเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

๑. ผู้เข้าร่วมประกันทุกรายจะต้องโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารออมสิน

ชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร

บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก

บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗

(เมื่อดำเนินการโอนเงินเรียบร้อยแล้ว ส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมแนบรายชื่อส่งกลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่)

๒. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการส่งเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวมรายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๓. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการส่งเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหมให้ จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการส่งเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้วบริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่

๑. กรุณากรอกใบสมัครตามความเป็นจริงตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรุณาตรวจความเรียบร้อยพร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบสมัคร พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและเซ็นชื่อกำกับ

๓. ผู้มีความประสงค์จะเข้าร่วมประกันรายใหม่ ความคุ้มครองจะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ ได้รับใบคำขอเอาประกันที่สมบูรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานการส่งเงินแล้วเท่านั้น (สำหรับผู้เข้าร่วมประกันที่สุขภาพร่างกายสมบูรณ์) กรณี ผู้เข้าร่วมประกันที่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น วันที่มีผลคุ้มครองจะเป็นไปตามที่บริษัทฯ พิจารณารับประกันเรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ

มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่

นางลัดดา บุญอรุ่ง

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙ ๘๙๕๖ ๖๓๘๙

นางสาวมนัสนันท์ แสงทิ้งห้อย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๕ ๙๙๓๒

โทร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

โทรสาร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

.....

แบบตอบรับ

สำหรับสมาชิกรายเดิม (ไม่ต้องกรอกใบสมัคร) และ (สมัครใหม่กรุณากรอกใบสมัคร) ผู้ที่จะเข้าร่วม
โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕
สมาชิกรายเดิมสามารถสมัครต่อให้ความคุ้มครองได้ถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สังกัด	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			

หมายเหตุ - อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท/คน/ปี (ช่องหมายเหตุ ให้กรอกว่าสมาชิกเก่า, สมาชิกใหม่)
- ขอให้สำนัก/กอง (ส่วนกลาง) สำนักส่งเสริมงานและพัฒนากิจการเกษตรที่ ๑- ๖
สำนักงานเกษตรจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ และศูนย์ทุกศูนย์

รวบรวมรายชื่อพร้อมโอนเงินชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร
บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก
บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗

และส่งรายชื่อพร้อมหลักฐานการโอนเงินให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันที่ ๓๑
กรกฎาคม ๒๕๖๕ เพื่อให้ความคุ้มครองในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ต่อไป

- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบ
รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ (สำหรับสมาชิกเดิม) ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th> หัวข้อสวัสดิการ
และเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ชื่อ.....ผู้ประสาน
(.....)

โทรศัพท์(มือถือ).....

หมายเหตุ ขอให้แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) เพื่อสะดวกในการประสานงาน



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนสีลม แขวง สีลม เขต ดุสิต กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com no:0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่.....
หนังสือรับรองเลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันสุขภาพ.....
ประกันสุขภาพแผน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....
- ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย นาย นาง นางสาว.....
- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
- อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
เพศ ชาย หญิง สถานภาพ: โสด สมรส หย่า หม้าย
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ใบสำคัญต่างดาว เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
- วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....
- ผู้รับประกัน: ได้แก่
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
- (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไม่เคย เคย
โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท
โรคถุงส่วต หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่
(ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน ไม่เคย เคย
โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
(ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ไม่เคย เคย
(ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไขหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
(จ) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับ ไม่เคย เคย
การขอเอาประกันภัย หรือการต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
(ฉ) ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่ ไม่มี มี

ถ้าตอบคำถามข้อ 8 (ก-ฉ) เป็นการตอบรับ โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ โดยอ้างอิงข้อที่เป็นคำถามด้วย

โรคหรืออาการที่เป็น.....เริ่มเป็นเมื่อ.....
วัน / เดือน / ปี ที่รักษา.....ระยะเวลารักษา.....วัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร.....
ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....
อื่นๆ.....

(โปรดพลิก)

9 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

(ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจเลือด หรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้

(ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

(ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา

การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัยวันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร

ประจำปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕

ที่	ชื่อ-สกุล	สังกัด	หมายเหตุ
๑	นางดาวพระศุภร์ วรรณพงษ์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒	นางสาวจาวรวรรณ สถิตย์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๓	นางสาวนวพร วงษ์สุวรรณ	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๔	นายสิงห์ สมิงพรม	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๕	นางณัฐิยา โตสงคราม	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๖	นางทักษอร อินทุเศรษฐ	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๗	นายชาญยุทธ เต็มสายทอง	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๘	นางสาวศิวาพร โพธิลา	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๙	น.ส.เจนจิรา กำมเขียร	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๑๐	น.ส.พันธนันท์ ถาวรศักดิ์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๑๑	นายอนรรักษ์ แก้วตาล	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๑๒	นางสาวอรรวรรณ คงอภิรักษ์	กองการเจ้าหน้าที่	-
๑๓	นางลัดดา บุญอำรุง	กองการเจ้าหน้าที่	-
๑๔	นางสาวอรนุช แสงทอง	กองการเจ้าหน้าที่	-
๑๕	นายยุทธชัย นวมพะเนียด	กองการเจ้าหน้าที่	-
๑๖	นายณัฐพล ม่วงสุข	กองการเจ้าหน้าที่	-
๑๗	นางสาวแก้วทิพย์ ภิรมย์เปี้ยว	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๑๘	นางสาวมลฤดี ชัยเดช	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๑๙	นายยุทธนา ชมโคกกรวด	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒๐	น.ส.สุกัญญา ศิริจันทร์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒๑	นางสาวประมอญ ศิริถ้อยทอง	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๒๒	นางพูนศรี สังข์โพธิ์	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๒๓	นางสาวนวรรตน์ กวินพิศุทธิ์	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๒๔	นางสาวณัฐกาญจน์ สุขโข	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๒๕	นางภาระดี ชูเฉลิมพร	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๒๖	นางสาวรุ่งฤดี กัณฐโรจน์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒๗	นางจารุณี เพียรพึ่งตน	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒๘	นางสาวจามจุรี สังลา	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๒๙	นางสาวสุพัตรา ตรีศัพย์	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๓๐	นางสาววาสนา จันทร	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๓๑	นางสาวนิภาวรรณ อัครพิน	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๓๒	นายสมเกียรติ เขียวชุ่ม	กองการเจ้าหน้าที่	โอน
๓๓	นางสาวอัญชลี ศรียทอง	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด
๓๔	นางชนิษฐ์ภัคค์ คำแท้	กองการเจ้าหน้าที่	เงินสด

๑๐๔	นายอนนท์ สมนุช	สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี	โอน
๑๐๕	นายวุฒิชัย ชินวงศ์	สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี	โอน
๑๐๖	น.ส.สุทธิลักษณ์ ชนะสุข	สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี	โอน
๑๐๗	น.ส.ศุภลักษณ์ เสง่ถิ่น	สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี	โอน
๑๐๘	นางสาวจิตติรัตน์ กันขำ	กองคลัง	โอน
๑๐๙	นางสาวทวิสิน กลิ่นจันทร์	กองคลัง	โอน
๑๑๐	นายณัฐ โยธารักษ์	กองคลัง	โอน
๑๑๑	นางกาญจนา โยธารักษ์	กองคลัง	โอน
๑๑๒	นายศตวรรษ สมบูรณ์ศิริ	กองคลัง	เงินสด
๑๑๓	นางวาสนา สุยะหมุด	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๔	นางพิมพ์พิศาพิริยะชยากุล	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๕	น.ส.อัญชลี ค่วยเทศ	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๖	นายอภิวัฒน์ เมืองมูล	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๗	นางกรรบทอง พุ่มอยู่	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๘	นางภาวิณี รักชาติโชติกุล	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๑๙	นางตลยา ใจจะดี	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๒๐	นายदनัย ใจจะดี	สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง	โอน
๑๒๑	นางสาวมรกต สุดประเสริฐ	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๒	นางสาวกัณษริย์ บุญตูป	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๓	นางพิภพรา พานิชนาวา	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๔	นางลัดดาวลัย โตสิงห์	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๕	นายสมยศ เอี่ยมใบพฤกษ์	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๖	นางเยาวรัตน์ ธีระวงศ์สกุล	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	เงินสด
๑๒๗	นางสาวพัชนี อัดแสง	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๘	นายวันชัย เจริญใจ	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๒๙	นายพระรณ บุญตูป	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๐	นายเสกสรรค์ สิทธิไทย	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๑	นางสาวครองทรัพย์ สิงหาราช	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๒	นางสาวจรรย์ส วิจิตรสมบัติ	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๓	นางสาวอัญชลี กล้าเหลือ	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๔	น.ส.น้ำทิพย์ รัศมีรมชัย	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๕	น.ส.จารุวรรณ เอี่ยมหนู	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๖	น.ส.ศรีณประภา ประเสริฐ	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน
๑๓๗	นางทิพวรรณ ถนอมพวง	สำนักงานเกษตรจังหวัดตราด	โอน