



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด  
NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

6/99-100 ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทร.075-774672-3

โทรสาร.075-774671 อีเมลล์ nhpcoop@hotmail.com เว็บไซต์ www.nhpcoop.com

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอเบิกเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพญาติสมาชิกเสียชีวิต

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวสมาชิก.....

ประเภทสมาชิก..... สังกัดหน่วยงาน..... อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการญาติสมาชิกเสียชีวิต ตามระเบียบ ว่าด้วย การใช้เงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อ  
สงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพญาติของสมาชิก พ.ศ.2565 เนื่องด้วย นาย/นาง/นางสาว.....

เสียชีวิตเมื่อ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น บิดา/มารดา/บุตร ของข้าพเจ้า ขอรับเงินตามรายการดังนี้

เงินสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพญาติของสมาชิก จำนวน 2,000 บาท

ค่าพวงหรีดหรืออื่นๆ ตามความเหมาะสมของศาสนา จำนวน 1,000 บาท

รวมจำนวน .....บาท (.....)

โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุนสาธารณสุขประโยชน์

(.....)

เรียน ผู้จัดการ

ตามที .....

เลขประจำตัวสมาชิก .....

ได้แจ้งความประสงค์ขอรับทุนสาธารณสุขประโยชน์(ญาติสมาชิกเสียชีวิต)

ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (สมาชิก) จำนวน 2 ใบ

สำเนาทะเบียนบ้าน (สมาชิก) จำนวน 2 ใบ

สำเนาใบมรณบัตร จำนวน 2 ใบ

ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อ

ขออนุมัติจ่ายเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์(กรณีญาติสมาชิกเสียชีวิต)

จำนวนเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวสลิลทิพย์ ศักดิ์เกิด)

เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวสุธาทิพย์ ลักษณะวิมล)

หัวหน้าฝ่ายบริหาร

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินทุน

สาธารณสุขประโยชน์(กรณีญาติสมาชิกเสียชีวิต)

จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ) .....

(นายสมบุญ ขวัญสูง)

ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- ขออนุมัติจ่ายเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์(กรณีญาติสมาชิกเสียชีวิต)

จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ) .....

ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด