



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

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

๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ อีเมล nhpcoop@hotmail.com เว็บไซต์ www.nhpcoop.com

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอเบิกเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์สมาชิกทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ในขณะนี้ นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวสมาชิก.....
สังกัดหน่วยงาน..... อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
สมาชิกมีความทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
ซึ่งเกี่ยวกับสมาชิกเป็น.....ของสมาชิก มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการตามระเบียบ ว่าด้วย สวัสดิการ
สมาชิก พ.ศ.2560 กรณีสมาชิกทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง เป็นเงิน.....บาท
จ่ายไปแล้ว.....บาท คงเหลือ.....บาท ครั้งนี้ขอรับเงินงวดที่.....
เป็นจำนวน.....บาท(.....)
โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)

เรียน ผู้จัดการ
ตามที่
เลขประจำตัวสมาชิก
ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก(กรณีสมาชิกทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง)
ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบ ดังนี้
○ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (สมาชิก,ผู้รับผลประโยชน์)
○ ทะเบียนบ้าน (สมาชิก,ผู้รับผลประโยชน์)
○ สำเนาใบรับรองแพทย์
○ เป็นสมาชิกเกิน 10 ปี
(เอกสาร จำนวน 2 ชุด)
ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อขอ
อนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก (กรณีคู่สมรสสมาชิกเสียชีวิต)
จำนวนเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ)
(นางสาวสลิลทิพย์ ศักดิ์เกิด)
เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวสุธาทิพย์ ลักษณะวิมล)
หัวหน้าฝ่ายบริหาร

เรียน ประธานกรรมการ
เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก
(กรณีสมาชิกทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง)
จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ)
(นายสมบุรณ์ ขวัญสูง)
ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- อนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก(กรณีสมาชิกทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง)
จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ)
(นายประชนม์ อาวุธเพชร)
ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด