



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 ขอเบิกเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสวัสดิการสมาชิก (กรณีเมื่อสมาชิกอายุครบ 70 ปี)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้าเกิดเมื่อ.....อายุ.....ปี.....เดือน
สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....เป็นสมาชิกเมื่อ.....
รวมเป็น.....ปี.....เดือน มีสิทธิได้รับทุนตามระเบียบ ข้อ6(.....) เป็นเงิน.....บาท
จ่ายไปแล้ว.....บาท คงเหลือ.....บาท ครั้งนี้ขอรับเงินงวดที่.....

ข้าพเจ้าขอรับทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกอายุครบ 70 ปี
เป็นจำนวน.....บาท(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

เรียน ผู้จัดการ
ตามที่
เลขประจำตัวสมาชิก
ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก(กรณีสมาชิก
อายุครบ 70 ปี)
ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบ ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ
 อายุการเป็นสมาชิก 10 ปีไม่เกิน 15 ปี
 อายุการเป็นสมาชิกเกิน 15 ปี
ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อ
ขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก(กรณีสมาชิกอายุครบ 70 ปี)
จำนวนเงิน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ)
(นางสาวสลิลทิพย์ ศักดิ์เกิด)
เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวสุธาทิพย์ ลักษณะวิมล)
หัวหน้าฝ่ายบริหาร

เรียน ประธานกรรมการ
เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการ
สมาชิก(กรณีสมาชิกอายุครบ 70 ปี)
จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ)

(นายสมบุญ ขวัญสง)

ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- อนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก(กรณีสมาชิกอายุครบ 70 ปี)
จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ)

(นายประชนม์ อารุฑเพชร)

ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด