



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 แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อายุ.....ปี สมาชิกเลขที่.....ประเภทสมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน โทรศัพท.....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่ เป็นโสด ไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่ โดยข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ประกอบการพิจารณาไว้ทำยนี้แล้วและข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

(.....)

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่

เลขประจำตัวสมาชิก

ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร

ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ

อายุการเป็นสมาชิก 20 ปีขึ้นไป

สมาชิกอายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ไม่เคยขอรับสวัสดิการเกี่ยวกับบุตรจากสหกรณ์

ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อ

ขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร

จำนวนเงิน 2,000.- บาท นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ

ดำเนินการครั้งที่...../..... วันที่.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวสลิลทิพย์ ศักดิ์เกิด)

เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุธาทิพย์ ลักษณะวิมล)

หัวหน้าฝ่ายบริหาร

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่

เป็นโสดหรือไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท

(ลงชื่อ)

(นายสมบูรณ์ ขวัญสง)

ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- ขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร

จำนวนเงิน 2,000.- บาท

(ลงชื่อ)

ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด