



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 แบบคำขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเกษียณอายุราชการ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

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

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

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน รับราชการหรืองานประจำในตำแหน่ง.....

อายุราชการ ปี เดือนวัน ได้ลาออกจากราชการเมื่อวันที่

ที่อยู่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกตามระเบียบ ว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ.2560 โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาคำสั่งเกษียณอายุราชการ พร้อมลงชื่อรับรอง ประกอบการพิจารณาไว้ทำน้แล้วและข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก
(.....)

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่</p> <p>เลขประจำตัวสมาชิก</p> <p>ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกตามระเบียบ ว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ.2560</p> <p>ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบ ดังนี้</p> <p><input type="radio"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ</p> <p><input type="radio"/> สำเนาคำสั่งเกษียณอายุราชการ จำนวน 2 ใบ</p> <p>เงื่อนไขการจ่ายทุนสวัสดิการ ดังนี้</p> <p><input type="radio"/> เป็นสมาชิก 5-10 ปี ได้รับจำนวน 2,000.- บาท</p> <p><input type="radio"/> เป็นสมาชิก 10-15 ปี ได้รับจำนวน 3,000.- บาท</p> <p><input type="radio"/> เป็นสมาชิก 15-20 ปี ได้รับจำนวน 4,000.- บาท</p> <p><input type="radio"/> เป็นสมาชิก 20 ปีขึ้นไป ได้รับจำนวน 5,000.- บาท</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(นางสาวสลิลทิพย์ ศักดิ์เกิด)</p> <p>เจ้าหน้าที่สวัสดิการ</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(นางสาวสุธาทิพย์ ลักษณะวิมล)</p> <p>หัวหน้าฝ่ายบริหาร</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ</p> <p>เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติเงินสวัสดิการสมาชิก ตามระเบียบว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ. 2560 จำนวนเงิน บาท</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(นายสมบุรณ์ ชวีญสง)</p> <p>ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด</p> <p>- อนุมัติเงินสวัสดิการสมาชิก ตามระเบียบว่าด้วยเกษียณ อายุราชการ พ.ศ. 2560 จำนวนเงิน บาท</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด</p>
---	---