



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๙ / ๒๕๖๓

เรื่อง การขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัย ประจำปี ๒๕๖๓

อาศัยตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวนทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัยประจำปี ๒๕๖๓ วงเงิน ๓๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท โดยจัดสรรตามส่วนที่เหมาะสม จำแนกการให้ทุนดังนี้

๑. จับฉลากเงินฝากสะสมทรัพย์เพื่อการศึกษาบุตร จำนวน ๕ ทุน ๆ ละ ๒,๐๐๐.๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
๒. จัดสรรให้กับบุตรสมาชิก ดังรายละเอียด

๒.๑ จัดสรรให้กับบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุนตามระดับ ดังนี้

๒.๑.๑ ระดับประถมศึกษา ป.๑ - ป.๖

๒.๑.๒ ระดับมัธยมศึกษา ม.๑ - ม.๖ หรือเทียบเท่า

๒.๑.๓ ระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี

๒.๒ คุณสมบัติ

๒.๒.๑ คุณสมบัติของสมาชิก

๒.๒.๑.๑ เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ไม่น้อยกว่า ๑ ปี (เป็นสมาชิกก่อนวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒)

๒.๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

๒.๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิก และสมาชิกสมทบ (บุตรที่ขอไปด้วยกฎหมาย)

๒.๒.๒.๒ มีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และมีสภาพเป็นโสด

๒.๒.๒.๓ มีความประพฤติเรียบร้อย

๒.๒.๒.๔ กำลังเรียนอยู่ในสถานการศึกษาของทางราชการหรือสถาบัน

ศึกษาของเอกชน ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๒.๒.๒.๕ ต้องไม่เคยได้รับทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัยของสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ในระดับเดียวกัน

๒.๓ หลักฐานการสมัครขอรับทุน

๒.๓.๑ แบบคำขอรับทุน

๒.๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร

๒.๓.๓ หลักฐานที่แสดงตนเป็น นักเรียน นักศึกษา อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

บัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

๒.๔ ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารครบถ้วนตามที่สหกรณ์ฯกำหนด ตั้งแต่ ๑ กรกฎาคม ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ

(นายโกศล แต่มเติม)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด



ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่..... ตำแหน่ง.....
สังกัด/หน่วย..... โทร..... รับเงินได้รายเดือน.....บาท
มีความประสงค์สมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- ทุนระดับประถมศึกษา ป.๑ - ป.๖
- ทุนระดับมัธยมศึกษา ม.๑ - ม.๖ หรือเทียบเท่า
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี

ให้กับบุตรของข้าพเจ้าชื่อ.....ขณะนี้กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....
โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ข้าพเจ้ามีบุตร คน อยู่ระหว่างการศึกษาระดับ

- ประถมศึกษา ป.๑ - ป.๖ คน
- มัธยมศึกษา ม.๑ - ม.๖ คน
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส.หรือปริญญาตรีคน

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- หลักฐานที่แสดงตนเป็นนักเรียนนักศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัว
นักเรียน นักศึกษา หรือใบเสร็จจ่ายค่าเล่าเรียน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับทุน(สมาชิก)

(.....)