



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๑๐ / ๒๕๖๔

เรื่อง การขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๔

อาศัยตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวนทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกประจำปี ๒๕๖๔ วงเงิน ๓๓๐,๐๐๐.๐๐ 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. หรือ ปริญญาตรี

๒.๒ คุณสมบัติ

๒.๒.๑ คุณสมบัติของสมาชิก

๒.๒.๑.๑ เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ฯ ไม่น้อยกว่า ๑ ปี (นับตั้งแต่วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

๒.๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

๒.๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิกหรือสมาชิกสมทบ (บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย)

๒.๒.๒.๒ มีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และมีสภาพเป็นโสด

๒.๒.๒.๓ มีความประพฤติเรียบร้อย

๒.๒.๒.๔ กำลังเรียนอยู่ในสถาบันการศึกษาของทางราชการหรือสถาบันศึกษาของเอกชน ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๒.๒.๒.๕ ต้องไม่เคยได้รับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ในระดับเดียวกัน

๒.๓ หลักฐานการสมัครขอรับทุน

๒.๓.๑ แบบคำขอรับทุน (ตามแบบที่สหกรณ์กำหนด)

๒.๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรของสมาชิก

๒.๓.๓ หลักฐานที่แสดงตนเป็น นักเรียน นักศึกษา อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

๒.๔ การรับสมัคร... / (๒)

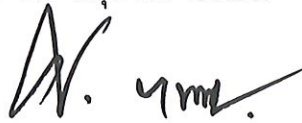
๒.๔ การรับสมัคร และกำหนดระยะเวลารับสมัคร

สมาชิกสหกรณ์ฯ ยื่นแบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรพร้อมหลักฐาน ตามข้อ ๒.๓ ได้ที่ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ ๖/๙๙-๑๐๐ ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ ในวัน เวลาราชการ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ แอดไลน์ไอดี @nhpcoop

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ



(นายโกศล แท้มเต็ม)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด





แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามิตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย,นาง..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....
สังกัด/หน่วย.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน โทรม.....
รับเงินได้รายเดือน.....บาท

มีความประสงค์สมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามิตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
นครศรีธรรมราช จำกัด

- ทุนระดับประถมศึกษา ป.1-ป.6
- ทุนระดับมัธยมศึกษา ม.1- ม.6 หรือเทียบเท่า
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี

ให้กับบุตรของข้าพเจ้าชื่อ.....อายุ.....ปี ขณะนี้กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้ามีบุตร คน อยู่ระหว่างการศึกษาระดับ

- ประถมศึกษา ป.1-ป.6 คน
- มัธยมศึกษา ม.1-ม.6 คน
- ทุนระดับอุดมศึกษาปวส.หรือปริญญาตรีคน

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- หลักฐานที่แสดงตนเป็นนักเรียนนักศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัว
นักเรียน นักศึกษา หรือ ใบเสร็จค่าเล่าเรียน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับทุน(สมาชิก)
(.....)

