



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๑๑ / ๒๕๖๕

เรื่อง การจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๕

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ประสงค์ให้ทุนส่งเสริมการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๕ อาศัยอำนาจตามความในระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก พ.ศ.๒๕๖๑ โดยมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ อนุมัติจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกประจำปี ๒๕๖๕ จำนวนเงิน ๓๕๐,๐๐๐ บาท และที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีมติจัดสรรตามส่วนที่เหมาะสม จำแนกการให้ทุนดังนี้

๑. ระดับชั้นที่ได้รับทุน

- | | | |
|-----|--|-----------------|
| ๑.๑ | ทุนระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ - ปีที่ ๖ | ทุนละ ๑,๕๐๐ บาท |
| ๑.๒ | ทุนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า | ทุนละ ๒,๐๐๐ บาท |
| ๑.๓ | ทุนระดับอุดมศึกษา,ระดับ ปวส.,ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | ทุนละ ๒,๕๐๐ บาท |

๒. คุณสมบัติ

๒.๑ คุณสมบัติของสมาชิก

- ๒.๑.๑ เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ฯ ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

- ๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิกหรือสมาชิกสมทบ (บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย)
- ๒.๒.๒ มีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และมีสถานภาพเป็นโสด
- ๒.๒.๓ กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาของทางราชการหรือสถาบันศึกษาของเอกชน ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
- ๒.๒.๔ 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 และกำหนดระยะเวลารับสมัคร

สมาชิกสหกรณ์ฯ ยื่นแบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษบุตรพร้อมหลักฐาน ตามข้อ ๒.๓ ได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ ๖/๙๙-๑๐๐ ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ในวัน เวลาราชการ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ แอดไลน์ไอดี @nhpcoop

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ลงชื่อ



(นายประพนธ์ อารุทเพชร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด



แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

มีความประสงค์สมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
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)
(.....)

