



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๑๓ / ๒๕๖๖

เรื่อง การจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๖

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ประสงค์ให้ทุนส่งเสริมการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๖ อาศัยอำนาจตามความในระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก พ.ศ.๒๕๖๕ โดยมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ อนุมัติจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกประจำปี ๒๕๖๖ จำนวนเงิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท และที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ 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 เป็นสมาชิกภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิก

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... / (๒)

๒.๔ การรับสมัคร และกำหนดระยะเวลารับสมัคร

สมาชิกสหกรณ์ฯ ยื่นแบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามัธยมศึกษาพร้อมหลักฐาน ตามข้อ ๒.๓ ได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ ๖/๙๙-๑๐๐ ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ ในวัน เวลาราชการ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ แอดไลน์ไอดี @nhpcoop

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

ลงชื่อ



(นายประชนม์ อารุทเพชร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด





แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....
สังกัด/หน่วย.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน โทร.....
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 หรือเทียบเท่า.....คน
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี.....คน

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- หลักฐานที่แสดงตนเป็นนักเรียนนักศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัว

นักเรียน นักศึกษา หรือ ใบเสร็จค่าเล่าเรียน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับทุน (สมาชิก)
(.....)

ส่งแบบคำขอพร้อมหลักฐาน
ผ่านช่องทาง
Line ID : @nhpcoop หรือ สแกน

LINE

กช