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 อีเมล์ 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..... เดือน.....วัน ได้ลาออกจากราชการเมื่อวันที่.....
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกตามระเบียบ ว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ.2565 โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่.....ข้าพเจ้าได้แนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาคำสั่งให้ลาออกจากราชการ พร้อมลงชื่อรับรอง ประกอบการพิจารณาไว้ท้ายนี้แล้วและข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

(.....)

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....

เลขประจำตัวสมาชิก.....

ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกตามระเบียบ ว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ.2565

ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบฯ ดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ
- ◯ สำเนาคำสั่งเกษียณอายุราชการ จำนวน 2 ใบ

เงื่อนไขการจ่ายทุนสวัสดิการ ดังนี้

- ◯ เป็นสมาชิก 5-10 ปี ได้รับจำนวน 2,000.- บาท
- ◯ เป็นสมาชิก 10-15 ปี ได้รับจำนวน 3,000.- บาท
- ◯ เป็นสมาชิก 15-20 ปี ได้รับจำนวน 4,000.- บาท
- ◯ เป็นสมาชิก 20 ปีขึ้นไป ได้รับจำนวน 5,000.- บาท

ลงชื่อ.....
(นายเอกมล จันทรักษ์)
เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวจุฑาลักษณ์ เชียรศรี)
หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติเงินสวัสดิการสมาชิก ตามระเบียบว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ. 2565
จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....
นางสาวสิริพร ผลจันทร์)
ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

อนุมัติเงินสวัสดิการสมาชิก ตามระเบียบว่าด้วย เกษียณอายุราชการ พ.ศ. 2565 จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด