



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๒๒

เรื่อง การขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัย ประจำปี ๒๕๖๒

อาศัยตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวนทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัยประจำปี ๒๕๖๒ วงเงิน ๓๐๐,๐๐๐.๐๐ 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 ๒๕๖๑)

๒.๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

๒.๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิก และสมาชิกสมทบ (บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย)

๒.๒.๒.๒ มีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และมีสภาพเป็นโสด

๒.๒.๒.๓ มีความประพฤติเรียบร้อย

๒.๒.๒.๔ กำลังเรียนอยู่ในสถาบันการศึกษาของทางราชการหรือสถาบัน

ศึกษาของเอกชน ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๒.๒.๒.๕ ต้องไม่เคยได้รับทุนส่งเสริมการศึกษามหาวิทยาลัยของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 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 ๒ กันยายน ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ณ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๒

ลงชื่อ

(นายประชนม์ อาวุธเพชร)

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.หรือปริญญาตรี .....คน

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

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

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับทุน(สมาชิก)

(.....)