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 ขอเบิกเงินทุนสวัสดิการสมาชิก (กรณีเมื่อสมาชิกมีอายุครบ 70 ปี บริบูรณ์)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า.....เกิดเมื่อ..... อายุ.....ปี.....เดือน สมาชิกเลขที่.....ประเภทสมาชิก..... สังกัดหน่วยงาน..... เป็นสมาชิกเมื่อ..... รวมเป็น.....ปี.....เดือน

มีสิทธิได้รับทุนตามระเบียบ ว่าด้วย สวัสดิการสมาชิก พ.ศ.2567 ข้อ6 (.....) เป็นเงินจำนวน.....บาท จ่ายไปแล้ว.....บาท คงเหลือ.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการสมาชิกกรณีเมื่อสมาชิกมีอายุครบ 70 ปีบริบูรณ์ งวดที่..... เป็นจำนวน.....บาท (.....)
โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่.....ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก
(.....)

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....
เลขประจำตัวสมาชิก.....
ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก (สมาชิกอายุครบ 70 ปี)
ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบฯ ดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ
- ◯ อายุการเป็นสมาชิก 10 ปีไม่เกิน 15 ปี
- ◯ อายุการเป็นสมาชิกเกิน 15 ปี

ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก (สมาชิกอายุครบ 70 ปี)
จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....
(นายเอกมล จันทรักษ์)
เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวจูฑาลักษณ์ เชียรศรี)
หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก (สมาชิกอายุครบ 70 ปี) จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....
(นางสาวจิรา วารี)
รองผู้จัดการรักษาการแทน
ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

อนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก (สมาชิกอายุครบ 70 ปี)
จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด