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 แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
อายุ.....ปี สมาชิกเลขที่.....ประเภทสมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....
อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน โทรศัพท์.....
ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินตามระเบียบ ว่าด้วย เงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร พ.ศ.2569

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่ ☐ เป็นโสด☐ ไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท
โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่.....โดยข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ประกอบการพิจารณาไว้ท้ายนี้แล้วและข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....

เลขประจำตัวสมาชิก .....

ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐาน ตามระเบียบฯ ดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ใบ
- ◯ อายุการเป็นสมาชิก 10 ปีขึ้นไป
- ◯ สมาชิกอายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- ◯ ไม่เคยขอรับสวัสดิการเกี่ยวกับบุตรจากสหกรณ์

ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ จึงเห็นสมควรนำเสนอเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่...../..... วันที่.....

ลงชื่อ.....
(นายเอกมล จันทรักษ์)
เจ้าหน้าที่สวัสดิการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวจูฑาลักษณ์ เชียรศรี)
หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท

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

อนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร จำนวนเงิน 2,000.- บาท

ลงชื่อ.....

ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด