



## สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

The Thrift and Credit Cooperative of Department of Medical Sciences Limited

88/7 หมู่ที่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2951 0000 ต่อ 99183 โทร.0 2589 7195 , 0 2951 0094 โทรสาร 0 2589 7195

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญบุตรสมาชิก

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด.....โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญบุตรสมาชิก สำหรับบุตรคนที่.....เกิดเมื่อวันที่.....

ในฐานะ มารดา / บิดา พร้อมแนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
- สำเนาสูติบัตรบุตร / สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
- กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์โอนเงินดังกล่าว  
เข้าบัญชีออมจ.ธนาคารกรุงไทย เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการเพื่อรับขวัญบุตรสมาชิก และข้อความทั้งหมดที่ได้ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ถ้าภายหลังพบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการรับเงินสวัสดิการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินให้สหกรณ์ฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ได้แจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญบุตรสมาชิก ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการรับขวัญบุตร สมาชิกเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป  (ลงชื่อ)..... หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ  <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  (ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
---	--

**หมายเหตุ** สมาชิกและคู่สมรสที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ทั้ง 2 คน มีสิทธิขอรับสวัสดิการนี้ได้ครอบครัวละ 2,000 บาท ต่อบุตรที่คลอดใหม่ 1 คน และต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ยื่นขอรับสวัสดิการดังกล่าวได้ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่คลอดบุตร