



## 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 ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

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

สังกัด.....โทร.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายังไม่เคยมีสามีหรือภรรยา หรือบุตร ถ้าภายหลังพบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการรับเงินสวัสดิการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินให้สหกรณ์ฯ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ และ

สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมนำฉบับจริงมาแสดง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

|   |  |
|---|--|
| เรียน ผู้จัดการ<br>ตามที่.....<br>เลขทะเบียนสมาชิก.....<br>ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด<br>ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตาม<br>ระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงิน<br>สวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน.....บาท<br>(.....) ต่อไป<br><br>(ลงชื่อ) .....<br>หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป | เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ<br>เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ<br><br>(ลงชื่อ) .....<br>ผู้จัดการ<br><br><input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้<br><br>(ลงชื่อ) .....<br>ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ |
|---|--|

\*\*สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสดที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี แต่ไม่ถึง 51 ปี อายุ 55 ปี แต่ไม่ถึง 56 ปี จำนวน -3,000.- บาท\*\*

\*\*สมาชิกผู้เป็นโสดที่มีอายุตั้งแต่ อายุ 60 ปี แต่ไม่ถึง 61 ปี จำนวน -4,000.- บาท\*\*