



# สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

The Thrift and Credit Cooperative of Department of Medical Sciences Limited

88/7 หมู่ที่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2951 0000 ต่อ 9183 โทร.0 2589 7195 , 0 2951 0094 โทรสาร 0 2589 7195

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกเมื่อทำการสมรส  
เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

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

สังกัด.....โทร.....เป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุการเป็นสมาชิกรวม.....ปี.....เดือน ได้จดทะเบียนสมรสเมื่อวันที่.....

จึงมีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกเมื่อทำการสมรสเป็นจำนวนเงิน.....บาท  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นการจดทะเบียนสมรสครั้งแรก และได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของตนเองต่อ  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อแก้ไขสมุดประวัติตามระเบียบราชการเรียบร้อยแล้ว

ชื่อคู่สมรส.....

ข้าพเจ้าประสงค์ใช้คำนำหน้าว่า.....และใช้  นามสกุลเดิม  นามสกุลของคู่สมรส

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนสมรส

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ได้แจ้ง ความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกเมื่อทำการ สมรส ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือ สมาชิกเมื่อทำการสมรสเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป  (ลงชื่อ) ..... หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการ  <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  (ลงชื่อ) ..... ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
---	--