



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 ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเกษียณอายุราชการ/ลาออกราชการ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

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

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

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับสวัสดิการบำเหน็จสมาชิกเกษียณอายุราชการ/ลาออกราชการงานประจำ

โดย ข้าพเจ้าเกษียณอายุราชการวันที่.....

ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ลาออกราชการตั้งแต่วันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน สำเนาประกาศรายชื่อผู้เกษียณอายุราชการ

สำเนาคำสั่งอนุมัติให้ลาออกราชการงานประจำ

ในกรณีที่ไม่มีหนังสือค้ำกับสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์นำเงินสวัสดิการดังกล่าวหักชำระหนี้ก่อน เงินส่วนที่เหลือขอให้สหกรณ์ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. โอนเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์เลขที่.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

-สำหรับเจ้าหน้าที่-

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ได้แจ้งความ ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิกนั้น ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอ ขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการบำเหน็จ สมาชิกเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ) หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ) ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
---	--