



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 99183 โทร.0 2589 7195 , 0 2951 0094 โทรสาร 0 2965 9251

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการกรณีสมาชิกเจ็บป่วย

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....

สมาชิก เลขทะเบียน.....สังกัด.....โทร.....

ผู้รับโอนประโยชน์ ทายาท ของสมาชิกชื่อ.....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทร.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกรณีสมาชิกเจ็บป่วย เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ

ใบเสร็จรับเงินค่าห้อง หรือค่ารักษาพยาบาล (ใช้สำเนาได้)

ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล (ใช้สำเนาได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการขอรับสวัสดิการ เป็นเอกสารจริงทุกประการถ้าภายหลังพบว่าข้าพเจ้าได้แจ้งเอกสารอันเป็นเท็จหรือปลอมแปลงเอกสาร ดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินให้สหกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกรณีสมาชิกเจ็บป่วย ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงิน สวัสดิการกรณีสมาชิกเจ็บป่วย เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ) หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ) ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
--	--