



# 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 ขอรับเงินเพื่อการสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพของบุคคลในครอบครัว

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

เข้าเป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุการเป็นสมาชิกรวม.....ปี.....เดือน.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพเนื่องจาก

บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร ชื่อ.....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาใบมรณบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ที่ถึงแก่กรรม
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์
- สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้ถึงแก่กรรมเป็นคู่สมรส)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่.....</p> <p>เลขทะเบียนสมาชิก.....ยื่นขอรับเงิน สงเคราะห์เกี่ยวกับการศพกรณี.....ถึงแก่กรรม ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้องเรียบร้อยตาม ระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงิน สงเคราะห์เกี่ยวกับการศพ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ) .....</p> <p>หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p style="text-align: center;">ผู้จัดการ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
--	--