



สำคัญ - เป็นสมาชิกสามัญ 2 ปีขึ้นไป
 - ใช้สิทธิได้ปีละ 1 ครั้ง
 - นอนพักรักษาไม่น้อยกว่า 2 คืน
 - ขอรับสวัสดิการภายใน 30 วัน

วันที่.....
 วันที่.....

แบบขอรับทุนสวัสดิการเยี่ยมไข้สมาชิก

เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมไข้สมาชิก
 เรียน คณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....
 สังกัดหน่วยงาน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 คู่สมรสชื่อ.....มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการเยี่ยมไข้สมาชิก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นอนพักรักษาตัวเนื่องจาก.....ที่โรงพยาบาล.....
2. เข้ารับการรักษาดังตั้งแต่วันที่.....ถึง วันที่.....รวมเป็นระยะ.....วัน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
- ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด

ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

 (ลงชื่อ).....
 กรรมการประจำหน่วย.....

ขอแสดงความนับถือ
 (.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

สำหรับเจ้าหน้าที่
 อายุเป็นสมาชิก
 เห็นควรได้รับทุนสวัสดิการ.....บาท
 ไม่เห็นควรได้รับทุนสวัสดิการฯ เนื่องจาก.....

 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สินเชื่อ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์
 ตามที่ นาย / นาง /นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
 ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการเยี่ยมไข้สมาชิก
 ได้ทำการตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเยี่ยมไข้สมาชิก เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

เรียน ประธานกรรมการ
 เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่าย
 จำนวน.....บาท
 (ลงชื่อ).....
ผู้จัดการสหกรณ์

(ลงชื่อ).....
 (.....)
เจ้าหน้าที่การเงิน

อนุมัติ
 นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อทราบ
 (ลงชื่อ).....
ประธานกรรมการดำเนินการ