



สำคัญ - เป็นสมาชิกสามัญ 2 ปีขึ้นไป
 - ใช้สิทธิได้ปีละ 1 ครั้ง
 - นอนพักรักษาไม่น้อยกว่า 2 คืน
 - ขอรับสวัสดิการภายใน 60 วัน

รับที่.....
 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. เข้ารับการรักษาดังแต่วันที่.....ถึง วันที่.....รวมเป็นระยะ.....วัน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด

ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด

ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

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

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

สำหรับเจ้าหน้าที่
 อายุเป็นสมาชิก
 เห็นควรได้รับทุนสวัสดิการฯ.....บาท
 ไม่เห็นควรได้รับทุนสวัสดิการฯ เนื่องจาก.....
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สินเชื่อ

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

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

- อนุมัติ
 นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อทราบ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการดำเนินการ