สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด
46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. 0-3851-6731, 0-96974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ ◯ สำเนาบัตรข้าราชการ **และ**
- ◯ สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาอุปสมบทตามระเบียบของทางราชการ หรือ
- ◯ สำเนาใบสุทธิที่แสดงว่าได้อุปสมบท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มอบอำนาจให้.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เป็นผู้ดำเนินการแทน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป

(ลงชื่อ) .....
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....
รองผู้จัดการ

เรียน เหรัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) .....
ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....
เหรัญญิก

◯ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....
ประธานกรรมการดำเนินการ

การขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับจากวันที่ลาสิกขาบท ทั้งนี้ ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง