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 ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....
เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

○ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ ○ สำเนาบัตรข้าราชการ **และ** ○ สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ หรือ ○ หลักฐานที่แสดงว่าได้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์

เรียน ผู้จัดการ
ตามที่.....
เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป

(ลงชื่อ) .....
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....
รองผู้จัดการ

เรียน เหรัญญิก
เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) .....
ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....
เหรัญญิก

○ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....
ประธานกรรมการดำเนินการ

การขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับจากวันที่เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ ทั้งนี้ ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อม