



สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโรตัตตใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ
- สำเนาบัตรข้าราชการ
- และ สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ หรือ
- หลักฐานที่แสดงว่าได้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์

<p>เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เจ้าหน้าที่สภากรมได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สภากรมฯ</p> <p>(ลงชื่อ) รองผู้จัดการ</p>	<p>เรียน เหมัญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อประกอบ พิธีฮัจญ์ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)</p> <p>(ลงชื่อ) ผู้จัดการ</p> <hr/> <p>เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>(ลงชื่อ) เหมัญญิก</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) ประธานกรรมการดำเนินการ</p>
--	--

การขอรับเงินสวัสดิการเพื่อประกอบพิธีฮัจญ์ ให้นับเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับจากวันที่เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์