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 ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....
วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี เข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....
รวมระยะเวลา.....ปี โทรศัพท์/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ
- ◯ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ◯ หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ) .....
กรรมการประจำอำเภอ / ผู้บังคับบัญชา (.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด

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

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....
เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป

(ลงชื่อ) .....
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....
รองผู้จัดการ

เรียน เหรัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) .....
ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....
เหรัญญิก

◯ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....
ประธานกรรมการดำเนินการ

****สมาชิกต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 50 ปี และ 55 ปีบริบูรณ์ และเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ มาไม่น้อยกว่า 10 ปี****

****ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่ทราบว่าอายุครบตามที่กำหนด****

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อม