



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.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ

สำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ)

กรรมการประจำอำเภอ / ผู้บังคับบัญชา

(.....)

มอบอำนาจให้.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็นผู้ดำเนินการแทน

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด

<p>เรียน ผู้จัดการ</p> <p>ตามที่.....</p> <p>เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด</p> <p>เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ</p> <p>(ลงชื่อ) รองผู้จัดการ</p>	<p>เรียน เหมัญญิก</p> <p>เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)</p> <p>(ลงชื่อ) ผู้จัดการ</p> <p>เรียน ประธานกรรมการฯ</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>(ลงชื่อ) เหมัญญิก</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) ประธานกรรมการดำเนินการ</p>
--	--

สมาชิกต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 50 ปี และ 55 ปีบริบูรณ์ และเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ มาไม่น้อยกว่า 10 ปี

ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่ทราบว่าจะอายุครบตามที่กำหนด

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อม