สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
19 ซอยอัศวนนท์ 35 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270
โทร. 02-7029169 มือถือ 086-3277807 โทรสาร 02-7029169

วันที่..........เดือน................................พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า...เลขที่สมาชิก...
สังกัด...ขอรับเงินช่วยเหลือจากทุนสวัสดิการ
หรือการสงเคราะห์แก่สมาชิก และครอบครัว ผู้เสียชีวิตมีฐานะเป็น...ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- ❍ สำเนาใบมรณบัตร
- ❍ สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ขอรับเงิน)
- ❍ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอรับเงิน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

....

(...)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก

เบอร์โทร..

<table>
<tr>
<td rowspan="2">

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่...
เลขที่สมาชิก......................ได้ยื่นขอรับเงินช่วยเหลือจากทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์แก่สมาชิกและครอบครัว

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเงินทุนสวัสดิการสงเคราะห์แก่สมาชิก

(ลงชื่อ).......................................เจ้าหน้าที่

</td>
<td>

เรียน เหรัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินทุนสวัสดิการสงเคราะห์แก่สมาชิก เป็นจำนวนเงิน..
บาท (..)

(ลงชื่อ)..................................ผู้จัดการ

</td>
</tr>
<tr>
<td>

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)...................................เหรัญญิก

☐ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ)...................................ประธานกรรมการ

</td>
</tr>
</table>