



เลขที่รับ.....

ใบขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๔
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้อมูลสมาชิก (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ - สกุล สมาชิก นาย/นาง/น.ส.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ/สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....เบอร์ที่ทำงาน.....

ชื่อ - สกุล คู่สมรส นาย/นาง/น.ส.....

สถานะคู่สมรส ☐ ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ ☐ เป็นสมาชิกสหกรณ์ เลขที่.....

ประเภททุนที่ขอรับ ☐ ประเภททุนเรียนดี ☐ ประเภททุนสมาชิกที่รายได้ไม่น้อยกว่า ๒๕,๐๐๐.๐๐ บาท /เดือน

ข้อมูลบุตรสมาชิกขอรับทุน

ชื่อ - สกุล ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.....วันเดือนปีเกิด.....

การศึกษา ระดับชั้น ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อุดมศึกษา ปีที่.....

ชื่อสถานศึกษา.....

ที่ตั้ง.....

เกรดหรือผลการเรียนเทอมล่าสุด(กรณีขอรับทุนประเภทเรียนดี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หลักฐานและข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง หากสหกรณ์ฯ พิจารณาได้ว่า
ข้อความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์ในการขอรับทุนการศึกษาของสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

เอกสารหลักฐานประกอบการขอรับทุนเรียนดี	เอกสารหลักฐานประกอบการขอรับทุนรายได้น้อย
๑.สำเนาทะเบียนบ้านบุตร ที่ระบุชื่อ บิดาหรือมารดาที่ขอรับทุน	๑.สำเนาทะเบียนบ้านบุตร ที่ระบุชื่อ บิดาหรือมารดาที่ขอรับทุน
๒.ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีบุตร/บิดา/มารดา เปลี่ยนชื่อ - สกุล)	๒.ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีบุตร/บิดา/มารดา เปลี่ยนชื่อ - สกุล)
๓.สมาชิกเซ็นรับรองสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียนหรือสำเนาสมุดพก	๓.สมาชิกเซ็นรับรองสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียนหรือสำเนาสมุดพก
๔.ให้สมาชิกเซ็นรับรองสำเนาผลการเรียนเทอมล่าสุด	๔.ใบรับรองเงินเดือนหรือสลิปเงินเดือนรับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่การเงิน

บันทึกผู้รับเรื่อง

ความครบถ้วนของเอกสาร ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ

เอกสารที่ขาด.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง.....

วันที่.....