



## สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

The Thrift and Credit Cooperative of Department of Medical Sciences Limited

88/7 หมู่ที่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2951 0000 ต่อ 9183 โทร.0 2589 7195 , 0 2951 0094 โทรสาร 0 2965 9251

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกสมรสแล้วไม่มีบุตร

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด.....โทร.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกสมรสแล้วไม่มีบุตร เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายังไม่เคยมีบุตรมาก่อน ถ้าภายหลังพบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการรับเงิน

สวัสดิการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินให้สหกรณ์ฯ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

<p>เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ได้แจ้ง ความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกสมรสแล้วไม่มีบุตร ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตาม ระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการ สมาชิกสมรสแล้วไม่มีบุตร เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป  (ลงชื่อ) ..... หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการ  <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  (ลงชื่อ) ..... ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ</p>
--	--

\*\*สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกสมรสไม่มีบุตรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี แต่ไม่ถึง 51 ปี ,อายุ 55 ปี แต่ไม่ถึง 56 ปี จำนวน -3,000.- บาท\*\*

\*\*สมาชิกสมรสแล้วไม่มีบุตรที่มีอายุตั้งแต่ อายุ 60 ปี แต่ไม่ถึง 61 ปี จำนวน -4,000.- บาท\*\*