



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 ขอรับเงินเพื่อการสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพของสมาชิก (สมาชิกถึงแก่กรรม)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ด้วย.....ตำแหน่ง.....

สมาชิกเลขทะเบียน.....สังกัด.....โทร.....

เป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุการเป็นสมาชิกรวม.....ปี.....เดือน.....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....

ของผู้ถึงแก่กรรม อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

2. ข้าพเจ้า.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....

ของผู้ถึงแก่กรรม อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

3. ข้าพเจ้า.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....

ของผู้ถึงแก่กรรม อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพของสมาชิก

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

สำเนาใบมรณบัตร

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ถึงแก่กรรม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก.....ได้ถึงแก่กรรม ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้องเรียบร้อยตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพของสมาชิกเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ)..... หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ
--	--