



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 ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

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

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

เดือนมีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายังไม่เคยมีสามีหรือภรรยา หรือบุตร ถ้าภายหลังพบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติใน

การรับเงินสวัสดิการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินให้สหกรณ์ฯ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ และ
- สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมนำฉบับจริงมาแสดง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิก

เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียนสมาชิก..... ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตาม ระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงิน สวัสดิการสมาชิกผู้เป็นโสด เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ) หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	เรียน ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ) ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ/รองประธานกรรมการ
---	--

สหกรณ์ฯ จะจ่ายเงินสวัสดิการสำหรับสมาชิกผู้เป็นโสดที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี แต่ไม่ถึง 51 ปี อายุ 55 ปี แต่ไม่ถึง 56 ปี จำนวน -3,000.- บาท

สมาชิกผู้เป็นโสดที่มีอายุตั้งแต่ อายุ 60 ปี แต่ไม่ถึง 61 ปี จำนวน -4,000.- บาท