

เขียนที่ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัดโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนครราชสีมา แผนก/หอผู้ป่วย.....

โทรศัพท์(มือถือ).....มีความประสงค์ขอรับ

- เงินสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิต จำนวนเงิน.....บาท
- เงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพของสมาชิกหรือคู่สมรส จำนวนเงิน.....บาท
- เงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก จำนวนเงิน.....บาท
- เงินร่วมทำบุญสำหรับ สมาชิก,คู่สมรส,บุตร บิดา,มารดา ของสมาชิกที่เสียชีวิต จำนวนเงิน.....บาท
- เงินสวัสดิการเพื่อเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วยเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- อื่น ๆ ระบุ.....

พร้อมใบคำร้องนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังนี้

- สำเนาใบมรณะบัตร
- สำเนาทะเบียนสมรส กรณีสมาชิกหรือคู่สมรสเสียชีวิต
- สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก กรณีสมาชิก,คู่สมรส,บุตร,บิดา,มารดา ของสมาชิกที่เสียชีวิต
- ใบรับรองแพทย์
- อื่น ๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

เสนอคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

...../...../.....

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

.....ประธาน/รองประธาน/ผู้จัดการ/ผู้ได้รับมอบหมาย