



สภากอ่อมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด

14 หมู่ 6 ถนนโคกกรวด-หนองปลิง ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์และโทรสาร 044-211233, 044-211182

แบบขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิก

วันที่.....

เรื่อง ขอรับช่วยเหลือสมาชิกสมาชิกผู้ได้รับการผ่าตัดหรือเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เสนอ ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย คำรับรองจากแพทย์ผู้รักษา หรือวินิจฉัยโรค
 สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ

ทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัดหน่วยงาน/ โรงเรียน.....

พักอาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่.....

.....โทรศัพท์.....

ประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บสาหัส

เจ็บป่วยหนัก/ ผ่าตัดใหญ่/ ด้วยโรค หรือ อากาศ).....

เข้ารับรักษาอาการ หรือเข้าพักรักษาตัว ณ โรงพยาบาล).....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิก ตามประกาศของสหกรณ์ฯ เรื่อง การจ่ายเงินทุน
สาธารณประโยชน์เป็นสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก จึงได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาพร้อม
หนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....