



สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด

14 ม.6 ถ.โคกกระวด-หนองปลิง ต.โคกกระวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 044-211233, 044-211182 โทรสาร ต่อ 18

วันที่.....

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์ตามสมควรแก่สมาชิกและครอบครัว (กรณีเจ็บป่วย/ผ่าตัด)

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ คำรับรองจากแพทย์ผู้รักษา หรือวินิจฉัยโรค
☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เพื่อรับเงินช่วยเหลือฯ

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ

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

พักอาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่.....

.....โทรศัพท์.....

☐ ประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....
ด้วยอาการ.....

☐ ได้รับการผ่าตัดพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....
ด้วยอาการ.....

☐ เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาดังกล่าว.....
ด้วยอาการ.....

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

ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการช่วยเหลือตามระเบียบของสหกรณ์ฯ จึงได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....