



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....

สังกัด.....ขอรับเงินช่วยเหลือจากทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์แก่สมาชิกและครอบครัว

ของ.....เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี เลขทะเบียน.....สังกัด.....

ผู้เสียชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาใบมรณบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอรับเงิน)
- หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

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

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

<p>เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที่.....</p> <p>เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการศพ</p> <p>เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ เป็นเงินจำนวน .....บาท (.....)</p> <p>ต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) _____ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ</p>	<p>เรียน เหมัญญิก</p> <p>เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ ศพ เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)</p> <p>(ลงชื่อ) _____ ผู้จัดการ</p>
<p>(ลงชื่อ) _____ รองผู้จัดการ</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการฯ</p> <p>(ลงชื่อ) _____ เหมัญญิก</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) _____ ประธานกรรมการดำเนินการ</p>