



สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- | | | | |
|---|---|-----|---|
| <input type="radio"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ | } | และ | <input type="radio"/> สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาอุปสมบท |
| <input type="radio"/> สำเนาบัตรข้าราชการ | | | ตามระเบียบของทางราชการ หรือ |
| | | | <input type="radio"/> สำเนาใบสุทธิที่แสดงว่าได้อุปสมบท |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท

<p>เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ</p> <p>(ลงชื่อ) รองผู้จัดการ</p>	<p>เรียน เกร์ญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเพื่อการ อุปสมบท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)</p> <p>(ลงชื่อ) ผู้จัดการ</p> <hr/> <p>เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>(ลงชื่อ) เกร์ญญิก</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ) ประธานกรรมการดำเนินการ</p>
--	---

การขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการอุปสมบท ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับจากวันที่ลาสิกขาบท