



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา จำกัด

41 ถ.ยุทธด่านนิน อ.เมือง ฉช. 24000 โทร./โทรสาร 0-3851-6731

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา จำกัด

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

สมรสกับ..... เลขทะเบียน..... สังกัด.....

มีบุตรชื่อ..... กីดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... มีความประสงค์

ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- |  |       |   |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ | } และ | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส (พร้อมฉบับจริง) |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรข้าราชการ            |       | <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร (พร้อมฉบับจริง)    |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....     |       |   |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่

เรียน ผู้จัดการฝ่ายรองผู้จัดการ  
ตามที่.....  
เลขทะเบียน..... ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน  
สวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่  
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง<sup>1</sup>  
เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เนื่องสมควรนำเสนออนุมัติ  
เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ เป็นจำนวนเงิน  
1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป

(ลงชื่อ) .....

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....

รองผู้จัดการ

เรียน เหรียญฤก

เพื่อโปรดนำเสนออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการรับขวัญ  
ทายาทใหม่ เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) .....

ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

เหรียญฤก

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ  
เพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....

ประธานกรรมการดำเนินการ

\*\*\*การขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 90 วัน นับแต่วันคลอด\*\*\*