



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี โทรศัพท์/มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด

- อายุครบ 70 ปี เป็นเงินจำนวน 1,000 บาท     อายุครบ 80 ปี เป็นเงินจำนวน 1,000 บาท  
 อายุครบ 90 ปี เป็นเงินจำนวน 2,000 บาท     อายุครบ 100 ปี เป็นเงินจำนวน 10,000 บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน     หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

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

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด

<p>เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการวันคล้ายวันเกิด เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด เป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....) ต่อไป  (ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ  (ลงชื่อ) ..... รองผู้จัดการ</p>	<p>เรียน เจริญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการวันคล้ายวันเกิด เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)  (ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการ  เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ลงชื่อ) ..... เจริญญิก  <input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป  (ลงชื่อ) ..... ประธานกรรมการดำเนินการ</p>
--	--