



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

เข้ารับการรักษา ณ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นเวลา.....วัน

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ } และ  สำเนาใบรับรองแพทย์  
 สำเนาบัตรข้าราชการ }  
 หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

.....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วย

เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) เป็นเงินจำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป (ลงชื่อ) _____ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ	เรียน เหนรัญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิก กรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)  (ลงชื่อ) _____ ผู้จัดการ
(ลงชื่อ) _____ รองผู้จัดการ	เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ลงชื่อ) _____ เหนรัญญิก  <input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป (ลงชื่อ) _____ ประธานกรรมการดำเนินการ

