บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด
วันที่.....
เรื่อง ขอเบิกทุนช่วยเหลือตามระเบียบสหกรณ์
เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด

ข้าพเจ้า ..... สมาชกเลขทะเบียนที่ .....
สังกัด โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง แผนกงาน .....เบอร์โทร.....มีความประสงค์จะขอเบิกทุนช่วยเหลือตามระเบียบสหกรณ์ ดังนี้

- ☐ ทุนสวัสดิการเนื่องจากสมาชิกเสียชีวิต (เมื่อวันที่ .....)
- ☐ ทุนสวัสดิการเนื่องจากลาออกจากราชการ (เมื่อวันที่.....)
- ☐ ทุนสวัสดิการสมาชิกไม่มีบุตร (.....)
- ☐ ทุนสวัสดิการเนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิต (เมื่อวันที่.....)
- ☐ ทุนสวัสดิการเนื่องจากสมาชิกและคู่สมรสเสียชีวิต (เมื่อวันที่ .....)
- ☐ ทุนสาธารณะประโยชน์เนื่องจากประสบภัยจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ
ตามระเบียบจ่ายได้ ..... บาท

(.....)
เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติจ่าย

(.....)
ประธานกรรมการ
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด

จ่ายวันที่.....

.....
(เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน)