



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

34 – 35 ถ.สามัคคีสุข1 ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา ☎ (074) 313229, 436760 แฟกซ์ 436759

เขียนที่ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินเพื่อการสงเคราะห์เกี่ยวกับศพและเงินบำเพ็ญกุศล

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
สมาชิกเลขที่.....สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

ขอแจ้งว่า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....
มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ได้ถึงแก่กรรมด้วยเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด การสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัวเกี่ยวกับศพ
พ.ศ. 2545 ลว. 6 พฤษภาคม พ.ศ.2545 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับศพ

โปรดดำเนินการให้ข้าพเจ้าด้วย พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบ

1. สำเนาใบมรณบัตร
2. สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า และผู้เสียชีวิต
3. สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอ
4. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต)

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

เป็นสมาชิก.....งวด

ระเบียบข้อ 11 (.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์ จำนวน.....บาท

จ่ายเงินบำเพ็ญบุญ จำนวน.....บาท

เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน.....
วันที่จ่ายเงิน...../...../.....