



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

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

เขียนที่ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิต

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 การสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิต พ.ศ. 2549

ลว. 1 พฤษภาคม พ.ศ.2549 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิต

โปรดดำเนินการให้ข้าพเจ้าด้วย พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบ

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

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

เป็นสมาชิก.....งวด

ระเบียบนี้ ข้อ 7,8 (.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิต จำนวน.....บาท

เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน.....

วันที่จ่ายเงิน...../...../.....