



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด

ทะเบียนเลขที่ 71/11071 จัดตั้งเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2506

เลขที่ 375 ถนนสิโรรส ตำบลสะเตง อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา 95000

โทรศัพท์ 0-7321-2509, 0-7321-4473 โทรสาร 0-7324-4489

รับที่...../.....

ผู้รับ.....

คำร้องขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเจ็บป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองแพทย์สถานพยาบาล **(ฉบับจริง)**

2. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ

3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือบัญชีสหกรณ์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....

เบอร์โทร.....สังกัดหน่วย/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดยะลา

มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเจ็บป่วย ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด ว่าด้วยการจ่ายเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเจ็บป่วย พ.ศ. 2567 ข้อ 5 (1) รายละเอียดมีดังนี้

ที่	ชื่อสถานพยาบาล	ป่วยด้วยโรค (ตามใบรับรองแพทย์)	เข้าพักรักษาตัว		รวม (วัน)	เบิกแล้วใน ปีนี้ (วัน)	เบิกครั้งนี้ (วัน)	รวมเงิน วันละ 500
			ตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่				

โอนเข้าบัญชี

☐ ธนาคารกรุงไทย

☐ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานแล้ว สมาชิกมีคุณสมบัติถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเจ็บป่วย พ.ศ. 2567 ข้อ 5(1)

☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินได้ จำนวน.....บาท

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่...../...../.....