



เลขที่ใบสมัคร 63/.....
ผู้บันทึก.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ปีบัญชี 2563
ประเภททุนเรียนดี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....เงินเดือน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
มือถือ..... สังกัด.....

- คณะแพทยฯ รพ.กลาง รพ. ตากสิน รพ. เจริญกรุงฯ รพ. ลาดกระบัง
 คณะพยาบาลฯ รพ.สิรินธร รพ. เวชการุณย์รัศมี รพ. หลวงพ่อฯ รพ. ราชพิพัฒน์
 สำนักการแพทย์ เกษียณอายุฯ รพ. คลองสามวา รพ. ผู้สูงอายุบางขุนเทียน
 รพ.บางนากรุงเทพมหานคร อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนเรียนดีให้แก่บุตร

- ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....อายุปี
สถานศึกษาระดับชั้น.....ได้คะแนนเฉลี่ย
- ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....อายุปี
สถานศึกษาระดับชั้น.....ได้คะแนนเฉลี่ย
- ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....อายุปี
สถานศึกษาระดับชั้น.....ได้คะแนนเฉลี่ย

การศึกษาระดับชั้น

- ป.1 – ม.6, ปวช. คะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.50
 ปวส. หรือเทียบเท่า และระดับปริญญาตรี คะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.00

ความประสงค์ขอรับใบประกาศนียบัตร ต้องการ ไม่ต้องการ

มีความประสงค์ให้บุตรมารับทุนในวันเสาร์ที่ 27 มิถุนายน 2563 หรือไม่ โปรดระบุ มารับ ไม่มารับ

กรณีไม่มารับ โปรดระบุบัญชีที่จะให้โอนเงินเข้าเล่มใดเล่มหนึ่ง

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์ เลขที่ - -
 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของบมจ.ธนาคารกรุงไทย (สมาชิกเสียค่าธรรมเนียมรายการละ 10.00 บาท)
เลขที่ - - -

(ลงชื่อ)..... สมาชิก

(.....) ชื่อนามสกุลตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ยื่นคำขอ

เอกสารประกอบมีดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรที่ขอรับทุน
 สำเนาใบแสดงผลการเรียน (ใบเกรด) ทั้งเทอม 1 และ เทอม 2 พร้อมเอกสารฉบับจริง
 สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของบมจ.ธนาคารกรุงไทย (กรณีโอนเข้าบัญชี บมจ.ธนาคารกรุงไทย)

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ
..... (วัน/เดือน/ปี)