



เลขที่ใบสมัคร 63/.....
ผู้บันทึก.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ปีบัญชี 2563
ประเภททุนส่งเสริมการศึกษาระดับการศึกษา ปวส. หรือเทียบเท่า / ปริญญาตรี

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.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาให้แก่บุตร
ชื่อ (นาย/นางสาว).....อายุ.....ปี
สถานศึกษาระดับชั้น.....ได้คะแนนเฉลี่ย.....
ระดับการศึกษา ปวส.1 ปวส.2 เทียบเท่าอื่น ๆ
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ปี 1 ปริญญาตรี ปี 2 ปริญญาตรี ปี 3
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ปี 4 ปริญญาตรี ปี 5 ปริญญาตรี ปี 6

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
- สำเนาหลักฐานแสดงสถานภาพการศึกษาของบุตรสมาชิก
- สำเนาใบแสดงผลการเรียน (ใบเกรด) ทั้งหมด 1 และ เทอม 2 พร้อมเอกสารฉบับจริง
(กรณีต้องการรับใบประกาศนียบัตร)
- สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของบมจ.ธนาคารกรุงไทย (กรณีโอนเข้าบัญชี บมจ.ธนาคารกรุงไทย)
- รายละเอียดการรับเงินเดือน (Slip) ปัจจุบัน ที่พิมพ์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ

..... (วัน/เดือน/ปี)