



รับที่...../.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในกรุงเทพมหานคร
ณ ห้องประชุมชั้น 6 อาคารเพชรรัตน์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
วันเสาร์ที่ 29 พฤษภาคม 2564 ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.00 น.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....
เลขทะเบียนสมาชิก..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ.....
สังกัดโรงพยาบาล (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ/36 | <input type="checkbox"/> รพ.กลาง/16 | <input type="checkbox"/> รพ.หลวงพ่อกวีศักดิ์ฯ/4 |
| <input type="checkbox"/> คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ฯ/2 | <input type="checkbox"/> รพ.ตากสิน/16 | <input type="checkbox"/> รพ.ราชพิพัฒน์/4 |
| <input type="checkbox"/> รพ.สิรินธร/6 | <input type="checkbox"/> รพ.เจริญกรุงฯ/14 | <input type="checkbox"/> รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน/2 |
| <input type="checkbox"/> รพ.เวชการุณย์รัศมี/2 | <input type="checkbox"/> รพ.ลาดกระบัง/2 | <input type="checkbox"/> รพ.คลองสามวา/2 |
| <input type="checkbox"/> เกษียณอายุราชการ /28 | <input type="checkbox"/> สำนักงานแพทย์/2 | <input type="checkbox"/> รพ.บางนา/2 |
| <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่น ๆ/12 โปรดระบุ..... | | |

อาหาร ไทย เจ อิสลาม

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

- กลุ่ม 1 สมาชิกไม่เคยใช้สิทธิ์ การสัมมนาในประเทศหรือต่างประเทศ ลำดับที่.....
- กลุ่ม 2 สมาชิกที่เคยใช้สิทธิ์ การสัมมนาในประเทศหรือต่างประเทศ ลำดับที่.....
มาแล้วเกินกว่า 3 ปี หากสมาชิก กลุ่ม 1 สมัครไม่เต็มจำนวน
- กลุ่ม 3 สมาชิกที่เคยใช้สิทธิ์ การสัมมนาในประเทศหรือต่างประเทศ ลำดับที่.....
มาแล้วไม่เกิน 3 ปี หากสมาชิก กลุ่ม 1 และ 2 สมัครไม่เต็มจำนวน

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้จ่ายมัดจำแก่สหกรณ์เป็นจำนวนเงิน 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) และได้ทำความเข้าใจ
ในประกาศ ที่ 23 / 2564 เรื่อง การจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในกรุงเทพมหานคร เรียบร้อยแล้ว และพร้อมที่จะ
ทำตามที่สหกรณ์กำหนด

กำหนดวันสัมมนา

วันเสาร์ที่ 29 พฤษภาคม 2564 ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.00 น.

ข้อกำหนดการรับสมัคร

- เปิดรับสมัคร ตั้งแต่วันพฤหัสบดีที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันศุกร์ที่ 23 เมษายน 2564 ตั้งแต่
เวลา 08.30 น. - 15.00 น. ในวันทำการของสหกรณ์ และรับสมัครสมาชิกจำนวนไม่เกิน 150 คน ตามโควตา
ท้ายประกาศนี้ (สมัครก่อนได้รับสิทธิ์ก่อน กรณีสมัครเกินโควตาที่กำหนดสหกรณ์จะขึ้นทะเบียนสำรองชื่อไว้)
- สมาชิกที่เข้ารับการอบรมให้ความรู้ครั้งนี้จะถือว่าเป็นการใช้สิทธิ์สัมมนาแล้ว

3. การรับสมัคร ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มที่สหกรณ์กำหนด พร้อมแนบหลักฐาน ดังนี้
 - สำเนาสมุดเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์ในหน้าที่แสดงชื่อเจ้าของบัญชี และเลขที่บัญชี
4. สมาชิกต้องมัดจำเงิน จำนวน 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ในวันที่สมัคร
5. สมาชิกที่เข้ารับการอบรมในครั้งนี้ขาดหายจากห้องอบรมเกิน 1 ชั่วโมง สหกรณ์จะไม่คืนมัดจำให้
6. สมาชิกที่สังกัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ เกษียณอายุราชการ นอกสังกัดสำนักงานแพทย์ ให้สมัคร ณ สำนักงานสหกรณ์ สำหรับสมาชิกต่างสังกัดให้สมัครผ่านตัวแทนหรือผู้ประสานงานสหกรณ์ และสามารถโอนเงินมัดจำ เข้าบัญชีสหกรณ์ผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด พร้อมส่งไปโอนเงิน (Pay In) ที่โทรสาร (Fax) 02-241-3451 หรือ ทาง google forms พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงิน
 - ชื่อบัญชี “สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด” ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ดังนี้
 - ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-34476-2
7. สมาชิกที่เข้ารับการอบรม ต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรที่ทางราชการ / มหาวิทยาลัย ออกให้ มาแสดงในวันเข้ารับการอบรม
8. สมาชิกไม่สามารถมอบสิทธิการสมัครให้ผู้อื่นเข้าอบรมแทนได้ (ทุกกรณี)
9. ขอความร่วมมือสมาชิกทุกท่าน โปรดอย่านำผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม
10. สหกรณ์ได้จัดเตรียมอาหารว่าง และอาหารกลางวันให้ สำหรับสมาชิกผู้เข้าร่วมอบรมทุกท่าน
11. การเข้ารับการอบรมครั้งนี้ สหกรณ์จะจ่ายค่าพาหนะให้ จำนวน 500.00 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) เมื่อสมาชิกเข้าร่วมอบรมจนสิ้นสุดการอบรมเท่านั้น
12. สหกรณ์จะทำการโอนจ่ายค่าพาหนะและคืนมัดจำ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิก และสามารถถอนได้ในวันที่ทำการถัดจากวันอบรม (เว้นแต่สมาชิกแจ้งยกเลิกหรือไม่เข้าร่วมการอบรม ทางสหกรณ์จะไม่คืนมัดจำไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม)
13. เมื่อปิดรับสมัคร มีจำนวนสมาชิกที่มาสมัครไม่ครบตามจำนวนที่สหกรณ์กำหนดไว้ สหกรณ์จะให้สิทธิแก่สมาชิกที่ขึ้นทะเบียนสำรองรายชื่อไว้ตามข้อ 2. ของประกาศสหกรณ์ฯ ที่ 23 / 2564

ลงชื่อ ผู้สมัคร
 (.....) ชื่อนามสกุลตัวบรรจง
 วันที่.....เดือน.....ปี..... ที่สมัคร

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

การชำระเงินมัดจำ 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

เงินสด โอนผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด

(.....)

(ลายมือชื่อผู้รับใบสมัคร/เงินมัดจำ/และตรวจสอบหลักฐาน)