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

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบขอรับเงินสวัสดิการว่าด้วยทุนน้ำใจสหกรณ์
****

1. ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
เกิดวันที่.....อายุ.....ปี สมัครเป็นสมาชิกวันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

☐ ลาออกจากราชการก่อนอายุ 55 ปี

☐ รับราชการจนถึงอายุ 55 ปีบริบูรณ์ และลาออกจากราชการเมื่อวันที่..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการว่าด้วยทุนน้ำใจสหกรณ์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมด้วยแล้ว ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ 2. สำเนาคำสั่งลาออกจากราชการ

☐ เกษียณอายุราชการ ในวันที่.....

☐ 1. ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง/รับราชการจนถึงอายุครบ 60 ปี ในสังกัดสำนักการแพทย์ **โปรดระบุหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน**.....ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐาน สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ พร้อมด้วยแล้ว

☐ 2. กรณีมีการโอนย้าย / ลาออกจากราชการ ไปปฏิบัติงาน ใน/นอก สังกัดสำนักการแพทย์ (หน่วยงานอื่น ๆ) **โปรดระบุหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ก่อนโอนย้าย / ลาออกจากราชการ** ..... ตั้งแต่วันที่.....
ปัจจุบันปฏิบัติงาน จนถึงอายุครบ 60 ปี ที่หน่วยงาน.....ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมด้วยแล้ว ดังนี้

2.1 สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ
2.2 สำเนาคำสั่งโอนย้าย

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอรับสวัสดิการฯ

2. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ได้ตรวจใบขอรับเงินสวัสดิการว่าด้วยทุนน้ำใจ ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าสมาชิกมีสิทธิได้รับสวัสดิการเงินทุนน้ำใจสหกรณ์ ตามระเบียบฯ ข้อ..... เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสำนักงาน ลงชื่อ..... ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายสำนักงาน วันที่.....	3. คำอนุมัติ อนุมัติจ่ายทุนน้ำใจสหกรณ์ (ตามระเบียบฯ ข้อ.....) ได้ตามมติคณะกรรมการสวัสดิการ ชุดที่..... ครั้งที่...../..... วันที่..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....

4. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการทุนน้ำใจสหกรณ์จำนวน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะได้รับเงินสวัสดิการหลังจากคณะกรรมการสวัสดิการได้พิจารณาอนุมัติเรียบร้อยแล้ว โดยสหกรณ์จะดำเนินการโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)	(.....)
วันที่.....	วันที่.....