

เลขที่รับ.....  
วันที่...../...../.....  
เวลา.....

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด  
แบบฟอร์มขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก

\*\*\*\*\*

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ.....ปี  
สมาชิกเลขที่..... หน่วย (สสอ./รพ./สสจ./อื่น ๆ ระบุ).....  
รับราชการ / ลูกจ้าง ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่ปัจจุบันที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด..... มีคุณสมบัติเป็นสมาชิกสหกรณ์ชื่อ.....

รับเงินสด

รับเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก

- เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญและสมทบ) มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 เลขประจำตัวสมาชิกไม่เกินเลขที่ 006977)

- บุตรเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีบริบูรณ์ จนถึง 24 ปีบริบูรณ์ (เกิดระหว่าง 1 มกราคม 2543 จนถึง 31 ธันวาคม 2563)

1. บุตรสมาชิก ชื่อ..... อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาชั้น..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. บุตรสมาชิก ชื่อ..... อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาชั้น..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด.....

3. บุตรสมาชิก ชื่อ..... อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาชั้น..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความต่าง ๆ ข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ พร้อมแนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาใบรายงานผลการศึกษา หรือสำเนาสมุดรายงานประจำตัวนักเรียนประจำปีการศึกษา 2566 หรือหลักฐานการศึกษาอื่น
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรของสมาชิกที่ขอรับทุน
- ในกรณีที่ชื่อ - สกุล ในสำเนาทะเบียนบ้านไม่ตรงกันกับหลักฐานอื่น ๆ ให้แสดงสำเนาสูติบัตรหรือหนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล
- หลักฐานการรับรองบุตรบุญธรรม

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

...../...../.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(นางสุนตรา พรไตรศักดิ์)

...../...../.....