



ใบสมัครเพื่อขอรับทุนการศึกษาบุตร/ทุนสวัสดิการกรณีโสดหรือไม่มีบุตร ประจำปี 2560

สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 สิงหาคม 2560

1. ข้อมูลสมาชิก ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....เลขสมาชิก.....  
 โทรศัพท์(มือถือ)ที่ติดต่อได้สะดวก.....หมายเลขบัตรประชาชน.....  
 ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ.....จังหวัดขอนแก่น
2. ขอสมัครรับทุนประเภท  ทุนการศึกษาบุตร  เงินสวัสดิการกรณีโสด (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน)

**สำหรับสมัครรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก**

คู่สมรสชื่อ (นาย/นาง).....เลขบัตรประชาชน.....  
 อาชีพ  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ/ชั่วคราว  พนักงานบริษัท  รับจ้าง  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  ไม่ได้ทำงาน  
 เงินเดือน.....บาท รายได้อื่น.....บาท

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขสมาชิก.....

ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

บุตร ข้าพเจ้ามีบุตรที่กำลังศึกษาจำนวน.....ราย และขอรับทุนสนับสนุนการศึกษา 1 ราย ได้แก่  
 (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน..... ปัจจุบันศึกษาชั้น.....  
 ชื่อสถานศึกษา.....จังหวัด.....

สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง  สมรส  หย่า ปัจจุบันบุตรอาศัยอยู่กับ.....  
 บิดา หรือ มารดา เสียชีวิต

เอกสารประกอบการสมัคร 1. หลักฐานที่รับรองว่าบุตรกำลังศึกษาอยู่ 2.สำเนาทะเบียนบ้าน (หน้าที่มีชื่อบุตร)  
 สมาชิกที่บุตรเคยได้รับทุนปี 2558 และ 2559 ไม่มีสิทธิ์ได้รับทุนในครั้งนี (หากขอจะถูกตัดสิทธิ์ 2 ปี)  
 กรณีบิดาและมารดาเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ทั้งคู่ ให้เลือกใช้สิทธิ์เพียง 1 คนเท่านั้น  
 และหากมีบุตรหลายคน ให้ส่งใบสมัครพร้อมกันได้

**ใบสมัครขอรับเงินสวัสดิการกรณีโสดหรือสมรสไม่มีบุตร**

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วและขอรับรองว่าสมาชิกรายดังกล่าวเป็นโสดหรือสมรสแต่ไม่มีบุตร และเห็นควรได้รับทุนช่วยเหลือ  
 ตามเงื่อนไขของสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ข้าพเจ้าของรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้สมัคร

(.....)