

บันทึกข้อความ

สถานที่ทำการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ที่ วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสวัสดิการสมาชิกผู้เกษียณอายุราชการฯ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

หน่วยงาน.....มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสวัสดิการสมาชิก

ผู้เกษียณอายุราชการหรืองานประจำหรือโครงการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด หรือลาออกจากราชการฯ

เนื่องจากมีคำสั่งให้ออกจากราชการตั้งแต่วันที่.....

หรืออายุครบ 60 ปี ณ วันที่.....ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ.....ปี.....เดือนมีสิทธิได้รับเงิน

ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ยื่นภายใน 120 วัน ยื่นรับเงินสวัสดิการ ยื่นยังไม่รับรับเงินสวัสดิการ ฯ

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษเลขที่..... (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....สมาชิกสหกรณ์ฯ

(.....)