



ประเภทสมาชิก
<input type="radio"/> สามัญ
<input type="radio"/> สมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำกัด  
ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานูตรสมาชิก  
ประจำปี 2561

.....

- ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....  
ตำแหน่ง.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี  
เงินเดือน.....บาท ปฏิบัติงานแผนก.....  
โทร (สายใน)..... โทร (สายนอก หรือมือถือ).....  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
คู่สมรส  ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์  เป็นสมาชิกสหกรณ์ ชื่อ.....  
บุตรที่ต้องการขอรับทุนชื่อ.....อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ  1. อนุบาล  
 2. ป.1-ป.3  3. ป.4-ป.6  
 4. ม.1-ม.3  5. ม.4-ม.6/ปวช.  
 ปริญญาตรี/อนุปริญญา/ปวส.
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา ประจำปี 2561 โดยมีเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้  
 หลักฐานแสดงการศึกษาของบุตร ได้แก่ หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษา หรือใบเสร็จรับเงิน  
ของสถานศึกษา ประจำปี 2561  
 สำเนาสูติบัตรหรือบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรสมาชิก  
 สำเนาทะเบียนบ้านบุตรของสมาชิก (มีชื่อบุตรที่ขอรับทุน)  
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก  
 หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)  
 อื่น ๆ .....
- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่แจ้งในใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานูตรสมาชิกนี้ เป็นความจริงทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน  
(.....)