



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำกัด

ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานุเคราะห์สมาชิกร

ประจำปี 2560

.....

1. 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.
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา ประจำปี 2560 โดยมีเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้
 หลักฐานแสดงการศึกษาของบุตร ได้แก่ หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษา หรือใบเสร็จรับเงิน
ของสถานศึกษา ประจำปี 2560
 สำเนาสูติบัตรหรือบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรสมาชิกร
 สำเนาทะเบียนบ้านบุตรของสมาชิกร (มีชื่อบุตรที่ขอรับทุน)
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกร
 หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
 อื่น ๆ
3. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่แจ้งในใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษานุเคราะห์สมาชิกรนี้ เป็นความจริงทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน
(.....)