



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

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำกัด

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก

ประจำปี 2565

.....

1. ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
ตำแหน่ง.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
เงินเดือน.....บาท ปฏิบัติงานแผนก.....
โทร (สายใน).....โทร (สายนอก หรือมือถือ).....
ที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
คู่สมรส ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ เป็นสมาชิกสหกรณ์ ชื่อ.....
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับทุนการศึกษา ประจำปี 2565 ให้บุตร
ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เคยขอรับทุน ปี.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ 1. อนุบาล 3. ป.4-ป.6
 2. ป.1-ป.3 4. ม.1-ม.3 5. ม.4-ม.6/ปวช.
 ปริญญาตรี/อนุปริญญา/ปวส.
3. เอกสารประกอบการพิจารณามีดังนี้
3.1 หลักฐานแสดงการศึกษาของบุตรสมาชิก
 หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาบุตรสมาชิก **หรือ** ใบเสร็จรับเงินของสถานศึกษา ประจำปี 2565
 สำเนาสูติบัตร **หรือ** บัตรประจำตัวประชาชนของบุตรสมาชิก
 สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิก (มีชื่อบุตรที่ขอรับทุน)
 หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 3.2 หลักฐานของสมาชิก
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก
 หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
 อื่น ๆ
4. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่แจ้งในใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรของข้าพเจ้านี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)