



แบบขอรับเงินสวัสดิการคนไข้ในสถานพยาบาล

สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการคนไข้ในสถานพยาบาล

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนที่.....รหัสประจำตัว.....

แผนก.....ฝ่าย.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการคนไข้ในสถานพยาบาล โดยเข้ารับการรักษาคือคนไข้ในสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมเป็นระยะเวลา.....วัน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานการรับรองจากสถานพยาบาลเป็นคนไข้ในสถานพยาบาล เพื่อประกอบการพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

เรียน ผู้จัดการ

ได้ตรวจสอบแล้วผู้ขอรับสวัสดิการเป็นสมาชิก
สหกรณ์เลขที่..... ในปีนี้ไม่เคยใช้สิทธิ์ เห็นสมควร
อนุมัติเป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)