



ประกาศ

สภรณออมทรพยรพยบาลเพชรบุรี จรกัด
เรอง การใหทูนสวัสดิการสงเสริมการศึกษา

โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 32 ครั้งที่ 10/2563 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563 ประกอบกับระเบียบสภรณออมทรพยรพยบาลเพชรบุรี จรกัด ว่าดววยทูนสวัสดิการ พ.ศ. 2557 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการใหทูนสวัสดิการสงเสริมการศึกษา ประจำปี 2563 ดังนี้

1. ประเภททูนสวัสดิการสงเสริมการศึกษานุดร ดังนี้

ทูนสงเสริมการศึกษา จำนวน 30 ทูน ทูนละ 1,000.- บาท

2. คุณสมบัติผูอรับทูน ดังนี้

2.1 เป็นนุดรที่ชอบด้วยกฎหมายของสมาชิก

2.2 นุดรกำลังศึกษาอยู่ ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาถึงระดับอุดมศึกษาในปีที่ออรับทูน

2.3 นุดรกำลังศึกษาอยู่ในสถาบันศึกษาของทางราชการหรือสถาบันศึกษาของเอกชนที่ราชการรับรอง

2.4 ไม่เป็นสมาชิกผูที่เคยได้รับทูนนี้ในปีที่ผ่านมา

3. การสมัครออรับทูน

สมาชิกติดต่อออรับสวัสดิการที่สำนักงานสภรณ โดยแนบเอกสารตามที่สภรณกำหนด ดังนี้

3.1 หนังสือรับรองจากสถานศึกษา

3.2 สำเนาทะเบียนบ้านของนุดร

3.3 กรณีบิดา/มารดา เปลี่ยนชื่อให้แนบใบเปลี่ยนชื่อด้วย

3.4 รับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 15 ตุลาคม 2563 ในเวลาราชการ

4. วิธีการพิจารณาคัดเลือกผูอรับทูน หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือเงื่อนไขต่างๆ ในการได้รับเงินสวัสดิการทูนสงเสริมการศึกษาแต่ละปี ให้เป็นตามที่คณะกรรมการดำเนินการเห็นสมควร โดยกำหนดไว้ในประกาศออรับทูนสงเสริมในแต่ละปี ไม่เกินปีละ 30 ทูน

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2563



ประธานกรรมการ

สภรณออมทรพยรพยบาลเพชรบุรี จรกัด

เอกสารแนบ

1. ทะเบียนบ้านบุตร
2. หนังสือรับรองจากสถานศึกษา

แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตร
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด

เลขทะเบียนที่ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

สังกัด โรงพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี อัตราเงินเดือน.....บาท

มีความประสงค์จะขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาของบุตรสมาชิก

1. ชื่อบุตรที่ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาอายุปี

กำลังเรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียนหรือสถานศึกษา.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

2. สามีหรือภรรยาข้าพเจ้า ชื่อ.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....มีรายได้เดือนละ.....บาท

และ เป็น / ไม่เป็น สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด

3. ข้าพเจ้ามีบุตรอยู่ในความอุปการะ.....คน กำลังรับการศึกษา.....คน คือ

(1).....อายุ.....ปีกำลังเรียนชั้น.....โรงเรียน.....

(2).....อายุ.....ปีกำลังเรียนชั้น.....โรงเรียน.....

(3).....อายุ.....ปีกำลังเรียนชั้น.....โรงเรียน.....

4. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการขอรับทุน ดังนี้

(1) สำเนาทะเบียนบ้านบุตร (2) ใบเปลี่ยนชื่อสมาชิก (ถ้ามี)

(3) หนังสือรับรองของสถานศึกษา

5. ข้าพเจ้าได้รับทุนส่งเสริมการศึกษาของบุตรสมาชิกครั้งสุดท้าย เมื่อ พ.ศ.....

6. คำชี้แจงประกอบการขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาของบุตร (ถ้ามี) ให้แนบพร้อมคำขอนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ามีคุณสมบัติในการขอรับทุน
ส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกครบถ้วนทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับทุนการศึกษา

(.....)

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....สังกัดโรงพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

ได้ตรวจสอบใบสมัครแล้ว ขอรับรองว่าข้อความที่.....ยื่นขอรับทุนส่งเสริมการ

ศึกษาบุตรสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

คำรับรองของสถานศึกษาที่บุตรของสมาชิกผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่

สถานศึกษา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า.....บุตรของ.....

ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ชั้น.....ของโรงเรียนจริงและเป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)