



ลำดับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ปีบัญชี 2560
ประเภททุนส่งเสริมการศึกษา ระดับการศึกษา ป.1 - ป.6

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....เงินเดือน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ.....
สังกัด

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> คณะแพทยฯ | <input type="checkbox"/> รพ.กลาง | <input type="checkbox"/> รพ.ตากสิน | <input type="checkbox"/> รพ.เจริญกรุงฯ |
| <input type="checkbox"/> คณะพยาบาลฯ | <input type="checkbox"/> รพ.สิรินธร | <input type="checkbox"/> รพ.เวชการุณย์รัศมี | <input type="checkbox"/> รพ.หลวงพ่อทวีฯ |
| <input type="checkbox"/> รพ.ลาดกระบังฯ | <input type="checkbox"/> รพ.ราชพิพัฒน์ | <input type="checkbox"/> สำนักงานแพทย์ | <input type="checkbox"/> เกษียณอายุราชการ |
| <input type="checkbox"/> รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาให้แก่บุตร

ชื่อ (ด.ช./ด.ญ.).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
สถานศึกษา.....ได้คะแนนเฉลี่ย.....
ระดับการศึกษา ป. 1 ป. 2 ป. 3 ป. 4 ป. 5 ป. 6

ความประสงค์ขอรับใบประกาศนียบัตร

- ต้องการใบประกาศนียบัตร
- ไม่ต้องการใบประกาศนียบัตร

มีความประสงค์ให้บุตรมารับทุนในวันเสาร์ที่ 17 มิถุนายน 2560 หรือไม่ โปรดระบุ มารับ ไม่มารับ*

*กรณีแจ้งความประสงค์ว่าไม่มารับ แต่มารับ จะไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ

(ลงชื่อ).....สมาชิก
(.....) ชื่อนามสกุลตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ยื่นคำขอ

สำหรับเจ้าหน้าที่

- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรที่ขอรับทุน
- หลักฐานแสดงสถานภาพการศึกษาของบุตรสมาชิก
- เอกสารรายละเอียดการรับเงินเดือน (slip) ปัจจุบัน ที่พิมพ์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์
- สำเนาใบรับรองผลการสอบพร้อมเอกสารฉบับจริง (กรณีต้องการใบประกาศนียบัตร)

สมุดบัญชีที่จะให้โอนเงินเข้าเล่มใดเล่มหนึ่ง

- สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์
- สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของ ธ.กรุงไทย
- เลขที่บัญชี.....

(สมาชิกเสียค่าธรรมเนียมรายการละ 8.00 บาท)

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ
..... (วัน/เดือน/ปี)