



ลำดับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ปีบัญชี 2560

ประเภททุนส่งเสริมการศึกษา ระดับการศึกษา ม.1 - ม.3

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> คณะแพทย์ฯ | <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 (ต.ช./ต.ญ.นาย/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
สถานศึกษา.....ได้คะแนนเฉลี่ย.....

ระดับการศึกษา ม. 1 ม. 2 ม. 3

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)

สมุดบัญชีที่จะให้ออนเงินเข้าเล่มใดเล่มหนึ่ง

- สำเนานำบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์
 สำเนานำบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของ ธ.กรุงไทย

เลขที่บัญชี.....

(สมาชิกเสียค่าธรรมเนียมรายการละ 8.00 บาท)

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ

..... (วัน/เดือน/ปี)