



สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจสุราษฎร์ธานี จำกัด

128/4 หมู่ที่ 10 ตำบลวัดประดู่ อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ 0-7720-1164 - 5 โทรสาร 0-7722-1515 www.suratpolice-coop.com

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินทุนสวัสดิการแก่สมาชิก (เงินบำเพ็ญกุศลศพ)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจสุราษฎร์ธานี จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจสุราษฎร์ธานี จำกัด

เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

- เป็นบุตรของ.....
- เป็น สามี/ภรรยา ของ.....
- เป็น บิดา/มารดา ของ.....

ซึ่งได้เสียชีวิตเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ด้วยสาเหตุ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทุนเพื่อสวัสดิการแก่สมาชิก บิดา มารดา สามี/ภรรยา บุตร

เป็นจำนวนเงิน บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัว หรือ บัตรข้าราชการ หรือ บัตรสมาชิก
- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต
- สำเนาใบมรณบัตร (พร้อมนำต้นฉบับจริงมาแสดง)
- หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

(.....)

<p>เรียน ผู้จัดการ</p> <p>ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อย เห็นสมควร นำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินทุนสวัสดิการแก่สมาชิก <input type="radio"/> บิดา <input type="radio"/> มารดา <input type="radio"/> สามี/ภรรยา <input type="radio"/> บุตร เป็นจำนวนเงินต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินทุนสวัสดิการแก่สมาชิก</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ</p> <hr/> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการดำเนินการ</p>
---	--