



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด
PRASAT HOSPITAL SAVING CO-OPERATIVE LIMITED

เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร : ๐๒-๓๐๖-๕๘๕๕ ต่อ ๑๒๕๕ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔-๗๐๘๕

เลขที่.....
 รับวันที่.....
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

หนังสือขอรับสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ประสภักย์พิบัติ

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง ขอรับสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ประสภักย์พิบัติ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
 อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน..... เป็นสมาชิกประเภท [] สามัญ [] สมทบ
 ตำแหน่ง.....ฝ่าย/งาน.....สถานที่ทำงาน.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการประสภักย์พิบัติ

☐ อัครภักย์

☐ วาตภักย์

☐ อุทกภักย์

ความเสียหาย เสียหายทั้งหลัง

☐ สมาชิกเป็นเจ้าบ้าน

☐ สมาชิกเป็นผู้อาศัย

เสียหายบางส่วน

☐ สมาชิกเป็นเจ้าบ้าน

☐ สมาชิกเป็นผู้อาศัย

สถานที่ประสภักย์พิบัติ จังหวัด.....

วันที่ประสภักย์พิบัติ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไป จักเป็นพระคุณยิ่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่

ครั้งที่...../..... จำนวนเงิน.....บาท

☐ เอกสารใบแจ้งความ ระบุรายละเอียดการประสภักย์พิบัติ
 และระบุชื่อสมาชิก หรือระบุการพักอาศัยอยู่ ณ สถานที่แห่งนั้น

☐ กรณีน้ำท่วม ต้องมีประกาศเขตภัยพิบัติ

☐ ภาพถ่ายสถานที่เกิดเหตุ

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาบัตรประชาชน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
 (.....)

มติที่ประชุมคณะกรรมการครั้งที่...../.....

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ
 (.....)