

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการฅาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการฅาปนกิจสงเคราะห์

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนฯ ฅกส.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ข้าพเจ้า .....

เป็น ( ) ข้าราชการ ( ) พนักงานราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติราชการประจำ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ชื่อ บิดา.....

ชื่อ มารดา.....

ชื่อ ภรรยา/สามี.....

ชื่อบุตร ๑.....

๒.....

๓.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ให้แก่ (ตามลำดับ)

๑.....

๒.....

๓.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

คำรับรองผู้บังคับบัญชา (ผอ.รพท.,ผอ.รพช.,สสอ.,หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ.น่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อบังคับกองทุนฯ

และยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ฯ ประจำเดือน/รายปี

สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินค่าสมัครตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่ .....เลขที่.....

ลงวันที่...../...../.....

จำนวนเงิน.....

\*\*\*ได้ตรวจสอบแล้วผู้สมัครเป็นเจ้าหน้าที่ใน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จ.น่าน จริง

.....

(.....)

.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนฯ

- เพื่อพิจารณาอนุมัติ

.....

(.....)

.....

อนุมัติ

.....

.....

(.....)

.....

...../...../.....

.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

...../...../.....

เลขทะเบียน.....

(ลงชื่อ).....

(.....)