

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร  
องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เรียน ประธานกรรมการกองทุน ส.อสจ.น่าน

ข้าพเจ้า.....

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

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติราชการประจำ.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ชื่อบิดา.....

ชื่อมารดา.....

ชื่อภรรยา/สามี.....

ชื่อบุตร ๑.....

๒.....

๓.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่ (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).....

(.....)