

เลขที่รับใบสมัคร .....  
ระดับชั้น .....  
วันที่รับ .....



ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิก  
ประจำปี 2564  
สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุทัยธานี จำกัด

เขียนที่ .....  
วันที่ .....

ข้อมูลส่วนตัว / ข้อมูลการทำงาน (สมาชิก)

สมาชิก  สามัญ  สมทบ (1) ชื่อ ..... เลขที่ .....

ตำแหน่ง ..... สถานปฏิบัติงาน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) .....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ..... เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

สถานภาพการสมรส  สมรส  หย่า/ร้าง  หม้าย  อื่นๆ ระบุ .....

คู่สมรสเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ชื่อ .....

เลขประจำตัวสมาชิก ..... สังกัดหน่วยงาน .....

คู่สมรสไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ชื่อ .....

อาชีพ ..... จำนวนบุตร ..... คน กำลังศึกษา ..... คน (ที่ไม่ได้ทำงาน)

ข้อมูล (บุตรสมาชิก)

ชื่อบุตรผู้ขอรับทุน .....

กำลังศึกษาระดับชั้น  ป.6  ม.3  ม.6  ปวช.3  ปวส.2  ปริญญาตรี ปีที่ 3

การศึกษานอกระบบฯ ระดับชั้น .....

สถานศึกษา .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา มาครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ดังนี้

- ใบรับรองการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในแต่ละระดับหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่ากำลังศึกษาอยู่ระดับนั้น ๆ
- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (ผู้ขอรับทุนการศึกษา)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของสมาชิก
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตรผู้ขอรับทุนการศึกษา

(ลงชื่อ) ..... สมาชิกผู้ขอรับทุน

(.....)

สมาชิกเลขที่ .....

สังกัดหน่วยงาน .....

ความคิดเห็นของกรรมการประจำหน่วย

.....

.....

(ลงชื่อ) ..... กรรมการประจำหน่วย

(.....)

(ส่งใบสมัครภายในวันที่ 1 - 29 ตุลาคม 2564 ในวันเวลาทำการสหกรณ์ฯ)