

เลขที่รับใบสมัคร
ระดับชั้น
วันที่รับ

ใบสมัครการขอรับทุนการศึกษาสำหรับบุตรสมาชิก
ประจำปี 2565
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

เขียนที่
วันที่

ข้อมูลส่วนตัว / ข้อมูลการทำงาน (สมาชิก)

สมาชิก สามัญ สมทบ (1) ชื่อ เลขที่

ตำแหน่ง สถานปฏิบัติงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้)

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้)

สถานภาพ 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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้แนบหลักฐานประกอบ
การพิจารณา มาครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ดังนี้

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

(ลงชื่อ) สมาชิกผู้ขอรับทุน

(.....)

สมาชิกเลขที่

สังกัดหน่วยงาน

ความคิดเห็นของกรรมการประจำหน่วย

.....
.....

(ลงชื่อ) กรรมการประจำหน่วย

(.....)

(ยื่นใบสมัครระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2565 ในวัน เวลา ทำการของสหกรณ์ฯ)