



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

แบบขอรับทุนสวัสดิการ เพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า เลขที่สมาชิก

ตำแหน่ง หน่วยงาน โทรศัพท์/มือถือ

มีความประสงค์ขอรับทุนสวัสดิการเพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์

- ☐ อุปสมบท เมื่อวันที่ ลาสิกขาบท เมื่อวันที่ หรือ
☐ เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ เมื่อวันที่ กลับจากประกอบพิธีฮัจญ์ เมื่อวันที่

โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาแล้ว จำนวน 1 ชุด ดังนี้

- ☐ สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาอุปสมบท ตามระเบียบของทางราชการ หรือสำเนาใบสุทธิที่แสดงว่าอุปสมบท หรือ
☐ สำเนาหลักฐานการอนุญาตให้ลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ตามระเบียบราชการ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าได้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์
☐ สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย

ลงชื่อ ผู้ขอรับทุนฯ
(.....)

ผลตรวจสอบแล้ว

- ☐ อายุการเป็นสมาชิก ปี ☐ ขอรับทุนสำหรับสมาชิกอุปสมบท หรือ
☐ ขอรับทุนสำหรับสมาชิกที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์

- เห็นควรจ่ายเงินสวัสดิการเพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ ตามระเบียบ สอ.รพ.ว่าด้วย ทุนสวัสดิการเพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ พ.ศ.2559 เป็นเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
(.....)
...../...../.....

คำสั่งจ่ายเงิน

- อนุมัติจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) ตามคำขอนี้
- เจ้าหน้าที่การเงิน ดำเนินการตามระเบียบฯ ต่อไป
ลงชื่อ.....

(นางสาวพวงพิศ จันทร์เอียด)

ผู้จัดการ สอ.รพ.

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

แบบขอรับทุนสวัสดิการเพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ พ.ศ. 2559 วันที่..... เดือน พ.ศ. ข้าพเจ้าได้รับเงินจำนวน..... บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน
(.....)

หมายเหตุ : สมาชิกขอรับทุนสวัสดิการ เพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ ได้เพียงครั้งเดียว ตลอดการเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ และต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ยื่นขอรับทุนสวัสดิการ เพื่ออุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ ภายใน 120 วัน นับจากวันที่ลาสิกขาบท หรือกลับจากการเดินทางประกอบพิธีฮัจญ์ มีผลบังคับใช้ เป็นต้นไป