



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำกัด
ใบขอรับทุนการศึกษา สมาชิกหรือบุตรของสมาชิก ประจำปี 2567
ตั้งแต่วันที่ 2 - 31 พฤษภาคม 2567

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ขอรับทุน นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์ เลขที่.....
ปฏิบัติราชการที่ หน่วยงาน/ตึก/ฝ่าย/กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โทรศัพท์ภายใน.....
โทรศัพท์มือถือ.....อายุการเป็นสมาชิกสหกรณ์.....ปี

มีความประสงค์ขอรับทุนการศึกษาประจำปีการศึกษา 2566 ของ

- สมาชิก ชื่อ.....
 บุตรของสมาชิก ชื่อ (บุตร).....

ระดับการศึกษา (ตามหลักฐานผลการเรียน ประจำปี 2566)

- ชั้นประถมศึกษา (ระดับชั้น ระบุ.....)
 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ระดับชั้น ระบุ.....)
 ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ระดับชั้น ระบุ.....)
 ชั้นอุดมศึกษา หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือ หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (ระดับชั้น ระบุ.....)

หลักฐานการขอรับทุนของสมาชิก

- สำเนาข้าราชการหรือบัตรประชาชนของ**สมาชิก** จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของ**สมาชิก** จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาผลการเรียน สมุดพก/ใบ ร.บ./ใบแจ้งผลการศึกษา
ที่ระบุเกรดเฉลี่ยของสถาบันการศึกษา **ปีการศึกษา 2566**
(ที่มีชื่อสมาชิกและชื่อสถาบันการศึกษา) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของ**สมาชิก** จำนวน 1 ฉบับ

หลักฐานการขอรับทุนของบุตร

- สำเนาข้าราชการหรือบัตรประชาชนของ**สมาชิก** จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของ**บุตร** จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาผลการเรียน สมุดพก/ใบ ร.บ./ใบแจ้งผลการศึกษา
ที่ระบุเกรดเฉลี่ยของสถาบันการศึกษา **ปีการศึกษา 2566**
(ที่มีชื่อบุตรและชื่อสถาบันการศึกษา) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของ**สมาชิก** จำนวน 1 ฉบับ

วิธีการรับทุนการศึกษาโอนเงินเข้าบัญชี

- บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....
(เสียค่าธรรมเนียมการโอนเงิน 8 บาท)

****หมายเหตุ :** สมาชิก 1 คน สามารถขอทุนการศึกษาให้บุตร 1 คนเท่านั้น

ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ต้องแนบสำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล จำนวน 1 ฉบับ
*ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับ

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ขอรับทุน
(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการผู้ตรวจสอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับเอกสาร
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....