

บันทึกข้อความ

1.

2.

ส่วนราชการ.....สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด สมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน/โรงเรียน.....
ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....เป็นเวลา.....คืน
ตั้งแต่วันที่.....เนื่องจาก.....
จึงขอเบิกเงิน จำนวน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ได้ตรวจสอบสิทธิเรียบร้อยแล้ว สมาชิกมีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบฯ ช่วยเหลือการรักษาพยาบาล
จำนวนคืน เป็นเงินจำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็น ผู้จัดการ/ผู้ช่วยผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

- ☐ อนุมัติการจ่ายเงินจากหมวด สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
- ☐ ไม่อนุมัติการจ่ายเงิน เพราะ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....