



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินสนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด/หน่วย..... เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์

ขอรับเงินสนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งข้าพเจ้าได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจาก
สถานพยาบาล.....ในวันที่.....เป็นเงิน บาท

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

- ☐ สำเนาใบเสร็จการตรวจสุขภาพ
- ☐ สำเนาหลักฐานการรายงานผลการตรวจสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงิน

*** การขอรับเงินสนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปี ให้ยื่นเอกสารไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2566

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่ ได้รับเงิน

สนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปี จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด จำนวน บาท

(.....) โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ เลขที่บัญชี.....

.....ผู้รับเงิน