

# แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิสวัสดิการชมรมพยาบาลลำปาง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอเบิกเงินชมรมพยาบาลลำปาง

เรียน ประธานชมรมพยาบาลลำปาง

ตามวัตถุประสงค์ของชมรมพยาบาลลำปาง ว่าด้วยสมาชิกมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากชมรมพยาบาล  
ตั้งความจำเอนแล้วนั้น กรรมการสวัสดิการของชมรมพยาบาลลำปาง จึงขอเบิกเงินจำนวน.....บาท  
(.....) เพื่อเป็นสวัสดิการในกรณี

คลอดบุตร

สำรองจ่าย.....บาท

ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ทุกข์พิบัติ (อุทกภัย อัคคีภัย)

ถึงแก่กรรม

( ) สมาชิก

( ) ญาติสายตรง ระบุ .....

ให้แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....

งาน ..... หน่วยงาน.....

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานการจ่ายเงินมาเพื่อประกอบการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ

(.....)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย

(.....)

(.....)

กรรมการสวัสดิการ

เหรียญกษาปณ์

ผู้อนุมัติ.....

(.....)

ประธานชมรมพยาบาลลำปาง

หมายเหตุ เบิกเงิน 5,000 บาท เสนอคณะกรรมการชมพิจารณาอนุมัติ