



สหกรณ์ออมทรัพย์การบิน 7 จำกัด

THE WING 7 SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

119 หมู่ 5 ถนนเอเชีย ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี 84130

โทร.0-7726-8717 .0-7726-8200-3 ต่อ 65919-20 . 66919-20 Fax 0-7726-8717

ที่ สอ...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้จัดการ สอ.บ.น.7 จำกัด

1. ตามประกาศ สอ.บ.น.7 จำกัด ลง 22 มี.ค.62 เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดสวัสดิการรักษาพยาบาล
แก่สมาชิกความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

2. ข้าพเจ้า.....สมาชิก สอ.บ.น.7 จำกัด
ทะเบียนเลขที่.....สังกัด..... เบอร์โทร.....
มีสิทธิ์ที่ได้รับการช่วยเหลือตามประกาศนี้ จึงขอรับเงินตามสิทธิ จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) พร้อม
นี้ได้แนบหนังสือรับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาล มาด้วยแล้ว จำนวน 1 ฉบับ และสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชน/บัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการให้ต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิก สอ.บ.น.7 จำกัด

อนุมัติ

น.อ.

ผจก.สอ.บ.น.7 จำกัด

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