

วันที่ ..... / ..... / .....

**ส่วนที่ 1 ทัวไป**

เลขที่สมาชิก

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....

บัตรประชาชนเลขที่  -      -       -   -  อายุ.....ปี

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

สาเหตุที่เข้ารับการรักษายาบาล.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

วันที่เข้ารับการรักษา..... ถึงวันที่..... รวมทั้งสิ้น..... คืน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ หากไม่เป็นความจริงยินดี ให้ดำเนินการตามกฎหมาย  
(กรณารอกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ขอรับสวัสดิการ  
(.....)

**ส่วนที่ 2 สถานภาพสมาชิก (เฉพาะเจ้าหน้าที่)**

เป็นสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด ตั้งแต่วันที่.....

ได้สะสมทุนเรือนหุ้นกับสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด มาแล้ว.....งวด

การผิตนัดชำระหุ้น ต้นเงินกู้ หรือดอกเบี้ยในรอบ 12 งวด ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....งวด

**เอกสารประกอบ**

1. ☐ สำเนาบัตรประชาชน
2. ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์
3. ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน

ลายมือชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล  
(.....)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ตรวจทานข้อมูล  
(ว่าที่ ร.ต.ปฤษฎี เหมทานนท์)  
ผู้จัดการฝ่ายสินเชื่อ

☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานต่างๆแล้ว เห็นว่าผู้ขอรับสวัสดิการรักษายาบาลเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ  
สหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด เรื่องสวัสดิการเพื่อรักษายาบาลและเงินช่วยเหลือค่าจัดการงานศพของสมาชิก

**ส่วนที่ 3 บันทึกข้อความของผู้จัดการใหญ่**

**เห็นควร**

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลายมือชื่อ ..... ผู้อนุมัติ  
(.....)

รองผู้จัดการใหญ่/ผู้จัดการใหญ่