

ส่วนที่ 1 กว๊ไ

ยัันวันที่...../...../.....
เลขที่สมาชิก.....
ชื่อ.....อายุ.....ปี เบอร์มือถือ.....
ที่อยู่.....
สาเหตุที่เข้ารับการรักษายาบาล.....
ชื่อสถานพยาบาล.....
วันที่เข้ารับการรักษ.....ถึงวันที่.....รวมทั้งสิ้น.....คััน
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ หากไม่เป็นความจริงยินดี ให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)

(กรุณารอกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ 2 สถานภาพสมาชิก (เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เป็นสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟริเทรด จำกัด ตั้งแต่วันที่.....
ได้สะสมทุนเรือนหุ้นกับสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟริเทรด จำกัด มาแล้ว.....งวด
การผัดนัดชำระหุ้น ต้นเงินกู้ หรือดอกเบียในรอบ 12 งวด ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....งวด
เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล.....
(.....)

ผู้ตรวจทานข้อมูล.....
(ว่าที่ ร.ต.ปฤษฎี เหมทานนท์)
ผู้จัดการฝ่ายสินเชือ

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาใบรับรองแพทย์
3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานต่างๆแล้ว เห็นว่าผู้ขอรับสวัสดิการรักษายาบาลเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ
สหกรณ์เครดิตยูเนียนฟริเทรด จำกัด เรื่องสวัสดิการเพือรักษายาบาลและเงินช่วยเหลือค่าจัดการงานศพของสมาชิก

ส่วนที่ 3 บันทึกข้อความของผู้จัดการใหญ่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ผู้มีอำนาจลงนาม

เห็นควร ☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ