



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก  
เลขที่รับ...../.....  
วันที่ .....

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ “ช่วยเหลือสมาชิกที่มีรายได้ต่ำกว่า 30%” ประจำปี 2564  
สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

วันที่ .....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี  
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท  
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม“ช่วยเหลือสมาชิกที่มีรายได้ต่ำกว่า 30%”  
ประจำปี 2564 วงเงินที่ต้องการใช้จำนวน.....บาท (วงเงินนี้อยู่ภายใต้ระเบียบของสภรณฯ) โดยมี  
วัตถุประสงค์จะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1. ....
2. ....

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด  
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐาน มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ✓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- ✓ สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อ .....

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

- หมายเหตุ :
1. หหมดเขตส่งภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2563
  2. เงื่อนไขการอนุมัติเงินกู้ตามโครงการให้เป็นไปตามระเบียบสภรณฯ กำหนด