

**แบบบันทึกขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก**  
**ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ว่าด้วย**  
**“ทุนสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก”**

---

1. ขอรับสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก ในกรณี (    ) เกษียณอายุราชการ (    ) อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์
2. ชื่อสมาชิก.....เลขทะเบียน.....หน่วยงาน.....  
อำเภอ.....จังหวัดลำพูน อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
3. ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมอายุการเป็นสมาชิกจำนวน.....ปี .....เดือน (นับถึงวันที่เกษียณอายุราชการ หรือ อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์)
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอต่อสหกรณ์ฯ เพื่อขอรับบำเหน็จสมาชิกทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบำเหน็จ  
(.....)

5. เอกสารประกอบ (    ) เกษียณอายุราชการ (    ) อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์

- 5.1 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับบำเหน็จ
- 5.2 สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับบำเหน็จ
- 5.3 สำเนาคำสั่งเกษียณอายุราชการ/ลาออกราชการ

6. ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

ข้าพเจ้า.....กรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน  
จำกัด ประจำหน่วยงาน.....ขอรับรองว่า.....  
เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้ (    ) เกษียณอายุราชการ (    ) อายุครบ 60 ปี  
บริบูรณ์และมีสิทธิ์ได้รับเงินบำเหน็จตามระเบียบว่าด้วยเงินทุนสวัสดิการบำเหน็จสมาชิกทุกประการ

ลงชื่อ.....กรรมการหน่วย  
(.....)

บันทึกความเห็นเจ้าหน้าที่

1. เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. เกษียณอายุราชการ หรือ อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
4. อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
(.....)