



บันทึกขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิกตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด  
ทุนสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก

1. ขอรับเงินสวัสดิการบำเหน็จสมาชิก ในกรณีสมาชิก ( ) เกษียณอายุราชการ ( ) ลาออกจากราชการ
2. ชื่อ สมาชิก.....เลขทะเบียน.....หน่วย.....  
อำเภอ.....จังหวัดลำพูน อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....
3. เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมอายุการเป็นสมาชิก  
จำนวน.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่เกษียณอายุราชการหรือวันที่ลาออกจากราชการหรืองานประจำ)
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่เสนอต่อสหกรณ์ฯ เพื่อขอรับเงินบำเหน็จสมาชิก ทั้งหมดเป็นความจริงทุก  
ประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินบำเหน็จ  
(.....)

5. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้ ( ) เกษียณอายุราชการ ( ) ลาออกจากราชการ เป็นความจริงที่เสนอ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้บังคับบัญชา

6. ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

ข้าพเจ้า.....กรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขลำพูน จำกัด ประจำหน่วยงาน/อำเภอ.....ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว  
.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้  
( ) เกษียณอายุราชการ ( ) ลาออกจากราชการ และมีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จตามระเบียบว่าด้วยเงินทุน  
สวัสดิการบำเหน็จสมาชิกทุกประการ

(ลงชื่อ).....กรรมการหน่วย  
(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเป็นการถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ  
(.....)  
...../...../.....

เอกสารประกอบ

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
3. คำสั่งเกษียณอายุราชการ หรือ คำสั่งลาออก