

รับที่.....  
วันที่.....



## บันทึกข้อความ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือการเจ็บป่วยของสมาชิก  
เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยรังสิต จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....  
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....ภาควิชา/สาขาวิชา/ฝ่าย/แผนก/งาน  
.....คณะ/สำนัก/ศูนย์/วิทยาลัย.....โทรศัพท์มือถือ  
..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือการเจ็บป่วยของสมาชิก เนื่องจากได้รับการ  
รักษาด้วยโรค ☐ เอดส์ ☐ มะเร็ง ☐ อัมพาต ☐ ตาบอด ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ โรคอื่นๆ (ระบุ) .....  
.....  
โดยได้รับการรักษาจากสถานพยาบาล(ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

อนุมัติ ตามมติที่ประชุมฯ ครั้งที่.....วันที่.....  
ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการช่วยเหลือการเจ็บป่วย  
จำนวนเงิน.....บาท

เอกสารที่แนบกับบันทึกข้อความ

1. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาล
2. สำเนาบัตรประชาชนของสมาชิก
3. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก

วันที่.....