



เลขที่.....

**ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขราชบุรี จำกัด**

ชื่อ-สกุลสมาชิกผู้ขอรับทุน (นาย/นาง/นางสาว).....

ทะเบียนสมาชิก..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เบอร์โทร.....

คู่สมรสชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ทะเบียนสมาชิก..... สังกัด.....

ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ

สมัครขอรับทุนในระดับชั้น อนุบาล ประถมศึกษาปีที่..... มัธยมศึกษาปีที่.....

มัธยมศึกษาปีที่..... หรือเทียบเท่าปวช. อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า บริญญาตรีปีที่.....

ข้อมูลนักเรียน/นักศึกษา

ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)..... อายุ..... ปี

ปัจจุบันศึกษาอยู่ที่..... ระดับเกรดเฉลี่ย.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หลักฐานที่ใช้ประกอบการขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตร สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิกผู้ขอรับทุน

สำเนาทะเบียนบ้านบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้ขอรับทุน ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....