

วันที่ / /

ส่วนที่ 1 ทัวไป

เลขที่สมาชิก ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ.....บัตรประชาชนเลขที่ - - - - อายุ.....ปี

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

สาเหตุที่เข้ารับการรักษายาบาล.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

วันที่เข้ารับการรักษา..... ถึงวันที่..... รวมทั้งสิ้น..... คืน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ หากไม่เป็นความจริงยินดี ให้ดำเนินการตามกฎหมาย
(กรณารอกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน)ลายมือชื่อ ผู้ขอรับสวัสดิการ
(.....)

ส่วนที่ 2 สถานภาพสมาชิก (เฉพาะเจ้าหน้าที่)

เป็นสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด ตั้งแต่วันที่.....

ได้สะสมทุนเรือนหุ้นกับสหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด มาแล้ว.....งวด

การผิตนัดชำระหุ้น ต้นเงินกู้ หรือดอกเบี้ยในรอบ 12 งวด ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....งวด

เอกสารประกอบ

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล
(.....)ลายมือชื่อ ผู้ตรวจทานข้อมูล
(ว่าที่ ร.ต.ปฤษฎี เหมทานนท์)
ผู้จัดการฝ่ายสินเชื่อ☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบหลักฐานต่างๆแล้ว เห็นว่าผู้ขอรับสวัสดิการรักษายาบาลเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ
สหกรณ์เครดิตยูเนียนฟรีเทรด จำกัด เรื่องสวัสดิการเพื่อรักษายาบาลและเงินช่วยเหลือค่าจัดการงานศพของสมาชิก

ส่วนที่ 3 บันทึกข้อความของผู้จัดการใหญ่

เห็นควร

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติลายมือชื่อ ผู้อนุมัติ
(.....)

รองผู้จัดการใหญ่/ผู้จัดการใหญ่