

เลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

เขียนที่ ที่ทำการกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม

อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... มีสถานะเป็น ข้าราชการพลเรือนสามัญ

ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่งระดับ.....

สังกัด (กลุ่มงาน/งาน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ประเภท

สมาชิกสามัญ (ข้าราชการพลเรือนสามัญ /ลูกจ้างประจำ)

สมาชิกวิสามัญ (พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว)

ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

พ.ศ. ๒๕๖๕ แล้ว และจะถือปฏิบัติและใช้สิทธิในฐานะสมาชิกกองทุนฯ ตลอดจนประกาศหรือข้อกำหนดต่าง ๆ

ที่จะมีต่อไปในอนาคตทุกประการ

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอชำระเงินค่าธรรมเนียมสมาชิกต่อปี จำนวน ๑๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน

มติของคณะกรรมการฯ (ในคราวการประชุม ครั้งที่/..... เมื่อวันที่)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ..... ประธาน

(.....)