



ชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย

เลขที่ 2 อาคารสำนักงานเขตห้วยขวาง ชั้น 6 ถนนประชาอุทิศ

เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

เรื่อง ขอบเบิกเงินสวัสดิการชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย

เรียน ประธานชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย

ด้วย (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

สมาชิกเลขที่.....ศูนย์บริการสาธารณสุข.....สาขา.....

สมาชิกป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สมาชิกถึงแก่กรรม

บิดาหรือมารดาสมาชิกถึงแก่กรรม

สามี ภรรยา บุตร สมาชิกถึงแก่กรรม

สมาชิก โอน ย้าย ลาออก เกษียณอายุราชการ

เปลี่ยนเส้นทางชีวิต

สมาชิกประสบอัคคีภัย สภาพความเสียหาย.....

.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ได้จ่ายเงิน จำนวน.....บาท เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เหรียญก

ได้รับเงิน จำนวน.....บาท เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน