



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

๓ ถนนป่าขาม ๑ ตำบลหัวเวียง อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔ มือถือ ๐๘ ๓๗๖๖ ๓๑๑๓ โทรสาร ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

www.lphosaving.com E-mail: lphosaving@hotmail.co.th

ที่ สอ.สท.สป.ว ๑๖๕ /๒๕๖๐

29 มี.ย. 2560

เรื่อง การมอบทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ หัวหน้างานกลุ่มงานทุกงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ประกาศสหกรณ์ฯ เรื่องการมอบทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. รายชื่อผู้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๕๙ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด มีความประสงค์จะมอบทุนการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๐ โดยขอยื่นใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ รายละเอียดตามประกาศสหกรณ์ฯ ที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้ และเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่สมาชิก สหกรณ์ฯ ได้กำหนดให้สมาชิกที่ประสงค์จะขอและยื่นใบสมัคร สามารถขอและยื่นได้ที่เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงานต้นสังกัดของสมาชิกนั้น ๆ หรือดาวน์โหลดใบสมัครขอรับทุนได้ที่ www.lphosaving.com และสหกรณ์ฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโดย

๑. แจ้งให้สมาชิกที่ประสงค์จะยื่นใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๐ ทราบโดยทั่วกัน

๒. แจ้งเจ้าหน้าที่การเงินในหน่วยงานของท่านในการรับใบสมัคร และหลักฐานตามที่สหกรณ์ฯ กำหนด คือ ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับทุน สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน สำเนาเอกสารรับรองสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ (กำลังศึกษาอยู่ในชั้นเรียนปัจจุบัน) สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ พร้อมทั้งช่วยตรวจสอบกลิ่นกรองหลักฐานในเบื้องต้นด้วย (เอกสารหลักฐานต้องเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ)

๓. รวบรวมเอกสารหลักฐาน การขอรับทุนของสมาชิก ส่งให้ถึงสหกรณ์ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ หากเลยกำหนดเวลาดังกล่าวสหกรณ์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งให้สมาชิกในหน่วยงานทราบโดยทั่วถึงกันต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิเวศย์ ดันตาปกุล)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

ฝ่ายธุรการ

โทร ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔

โทรสาร ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

www.lphosaving.com



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เรื่อง การมอบทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๐

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด มีความประสงค์จะมอบทุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ประจำปี ๒๕๖๐ ตามรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การขอรับทุนการศึกษา

- ๑.๑. เป็นบุตรสมาชิกสหกรณ์ผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ถึงระดับปริญญาตรี โดยสหกรณ์จะมอบทุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ทุนละ ๗๕๐ บาท
- ๑.๒. บิดาหรือมารดาของผู้รับทุนต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ไม่น้อยกว่า ๑ ปี (นับถึงวันที่ยื่นใบสมัคร)
- ๑.๓. ผู้มีสิทธิ์สมัครขอรับทุนต้องเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม
- ๑.๔. ครอบครัวสมาชิกสหกรณ์ ที่ได้รับทุนการศึกษา ในปี ๒๕๕๙ ไม่มีสิทธิ์รับทุนการศึกษาในปี ๒๕๖๐
- ๑.๕. สมาชิกหนึ่งครอบครัวสามารถยื่นขอรับทุนได้ ๑ ทุน (ใช้สิทธิ์บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเท่านั้น)
- ๑.๖. บุตรของคณะกรรมการสหกรณ์ฯ ไม่มีสิทธิ์ขอรับทุนการศึกษา
- ๑.๗. กรณีผู้ขอรับทุนมากกว่าที่จัดสรรไว้ สหกรณ์ฯ จะทำการจับสลากโดยอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการ
- ๑.๘. นอกเหนือจากหลักเกณฑ์ข้างต้นให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการ

๒. วันเวลา และสถานที่รับสมัคร

- ๒.๑. ขอและยื่นใบสมัครได้ที่ เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงานต้นสังกัด ของสมาชิกสหกรณ์หรือที่ทำการสหกรณ์ฯ (สำหรับสมาชิกในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและบ้านาญ ให้ยื่นได้ที่ทำการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด)
- ๒.๒. ยื่นใบสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ในวันและเวลาทำการ

๓. หลักฐานการขอรับทุนการศึกษา

- | | | |
|------|---|--------------|
| ๓.๑. | ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๒. | สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับทุน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๓. | สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๔. | สำเนาเอกสารรับรองสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ เช่น บัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษาที่ยังไม่หมดอายุ สมุดประจำตัวนักเรียน/นักศึกษา หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงว่ากำลังศึกษาในสถาบันนั้นๆ ในปีการศึกษา ๒๕๖๐ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๕. | สำเนาทะเบียนบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ (อเนกสหกรณ์ไม่มีบัญชีเงินฝากสหกรณ์ ให้ทำการเปิดบัญชี ณ ที่ทำการสหกรณ์) | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ หากหลักฐานไม่ครบถ้วนจะไม่รับพิจารณา

ประกาศ ณ วันที่ 29 มิ.ย. 2560

(นายนิเวศย์ ตันตาปกุล)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด



ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
ประจำปี ๒๕๖๐

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

ระดับ ประถมศึกษา ป..... มัธยมศึกษา ม..... อนุปริญญา ชั้น..... ปริญญาตรี ปีที่.....
วันที่.....

๑. ชื่อบุตรที่ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - อายุ.....ปี
๓. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....
๔. ปัจจุบันศึกษาอยู่ในระดับ.....ปีที่.....โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....
.....อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ชื่อบิดา..... ไม่เป็น เป็น สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....
๖. ชื่อมารดา..... ไม่เป็น เป็น สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วยงาน.....
๗. การขอรับทุนใช้สิทธิ์ของ บิดา มารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....บิดาหรือมารดาที่เป็นสมาชิก
(.....)

คำรับรองของฝ่ายธุรการและการเงินของหน่วยงาน

- ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา
 สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา
 สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิกผู้ขอรับทุน
 สำเนาเอกสารรับรองสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ เช่น บัตรประจำตัวนักเรียน/นักศึกษาที่ไม่หมดอายุ
สมุดประจำตัวนักเรียน/นักศึกษา หรือหลักฐานอื่นใดที่แสดงว่ากำลังศึกษาในสถาบันนั้นๆ ในปีการศึกษา ๒๕๖๐
 สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ธุรการ/การเงิน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานของบิดาหรือมารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา ส่งเสริมการศึกษา เป็นบุตรของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขลำปาง จำกัด จริง มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก และมีความประพฤติ
เรียบร้อย สมควรได้รับไว้พิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ ๑. หลักฐานต่างๆ ประกอบใบสมัครหากไม่ครบถ้วนจะไม่รับพิจารณา
๒. หากตรวจสอบพบว่าท่านได้รับทุนการศึกษาปี ๒๕๕๙ ท่านจะไม่ได้รับการพิจารณาทุนการศึกษาปี ๒๕๖๐
๓. สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครหรือดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.lphosaving.com



ประกาศสภรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
เรื่อง รายชื่อผู้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๕๙

ตามที่สภรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ได้ประกาศให้มีการมอบทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๕๙ ทุนละ ๗๕๐ บาท นั้น

สภรณ์ฯ ได้เปิดรับสมัครยื่นขอรับทุนตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีผู้ยื่นขอรับทุน จำนวน ๒๖๓ ทุน คณะกรรมการดำเนินการได้พิจารณาตามคุณสมบัติมีผู้ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๒๕๖ ทุน และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๗ ทุน สภรณ์ฯ จึงได้พิจารณาอนุมัติจัดสรรทุนผู้ผ่านเกณฑ์จำนวน ๒๕๖ ทุน ให้ได้รับทุนทั้งหมดรวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๙๒,๐๐๐ บาท คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ๓๕ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ พิจารณามิมีมติให้จ่ายเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่ บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๕๙ ในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากสภรณ์ทุกคน สำหรับสมาชิกที่ยังไม่มีบัญชีเงินฝาก สภรณ์ฯ จะทำการโอนเงินเข้าบัญชีของสมาชิกให้ก่อน และสมาชิกจะมีสิทธิ์ถอนเงินได้ต่อเมื่อดำเนินการตามหลักเกณฑ์การฝากเงินแล้ว เท่านั้น อนึ่งหากตรวจพบภายหลังว่าได้รับทุน ในปี ๒๕๕๘ แล้วสภรณ์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกเก็บเงินดังกล่าวคืน

สภรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด จึงประกาศรายชื่อผู้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาบุตรสมาชิกที่อยู่ในเกณฑ์ การพิจารณาประจำปี ๒๕๕๙ ดังต่อไปนี้

รายชื่อผู้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาที่อยู่ในเกณฑ์การพิจารณา ประจำปี ๒๕๕๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ลำดับ	ชื่อผู้ขอรับทุน	ระดับชั้น	บุตรสมาชิก	เลขสมาชิก
๑	น.ส.พัทธธิดา กาชัย	มัธยม	นายสุวิทย์ กาชัย	๑๓๒๕
๒	ด.ช.ชนกฤต วงศ์สุวรรณ	ประถม	นายมงคล วงศ์สุวรรณ	๑๕๑๘
๓	น.ส.พิชญ์สินี ศิริบุตร	ปริญญาตรี	นายพิทักษ์ ศิริบุตร	๒๖๕๘
๔	ด.ญ.ชญภา ชนะเขื่อน	ประถม	นางชลธิชา ชนะเขื่อน	๒๙๘๑
๕	นายสิริวิชญ์ เดียวสันติกุล	มัธยม	นายนิยม เดียวสันติกุล	๓๒๓๔
๖	นายธนัญชัย จินาติ	ปริญญาตรี	นางอมรฤทัย จินาติ	๓๒๙๖
๗	ด.ญ.ณัฐนันท์ อารยวุฒิกุล	ประถม	นางบุญยาพร อารยวุฒิกุล	๓๓๕๕
๘	ด.ช.วิวัฒน์ ธาตुरักษ์	มัธยม	นายนิวัฒน์ ธาตुरักษ์	๓๔๗๙

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

ลำดับ	ชื่อผู้ขอรับทุน	ระดับชั้น	บุตรสมาชิก	เลขสมาชิก
๑	น.ส.ปานรดา สีหลำ	มัธยม	นายศุภเดช สีหลำ	๕๕๕
๒	น.ส.ปภาวิ ไฉยศ	มัธยม	นางประนอม ไฉยศ	๘๐๗
๓	นายชนะพล ชันนาแล	ปริญญาตรี	นางณัฐกานต์ ชันนาแล	๑๒๓๙
๔	ด.ช.เสฏฐวุฒิ อินทวงค์	มัธยม	นายสรารุส อินทวงค์	๑๘๓๖
๕	นายกษิตติ์ เย็นสำราญ	ปริญญาตรี	นางสิมาภรณ์ เย็นสำราญ	๑๙๕๐
๖	ด.ช.นภัส ช้างพลาย	มัธยม	นางกัญญาณัฐ ปันตาสาย	๒๐๙๙
๗	ด.ญ.นิชานาก สาระชัย	ประถม	นายวีระชน สาระชัย	๒๒๑๓
๘	ด.ช.วศิน จำเริญขจรสุข	ประถม	นายภูษิต จำเริญขจรสุข	๒๓๒๙
๙	น.ส.ณิชชาวิทย์ โลหะกิจ	ปริญญาตรี	นางปาริชาติ โลหะกิจ	๒๘๒๙
๑๐	น.ส.รุจิรา องค์การ	ปริญญาตรี	นางปานิศา องค์การ	๒๙๓๕
๑๑	ด.ช.กมลภาพันธ์ อุมวะนะ	ประถม	นางอัจฉรา อุมวะนะ	๓๒๘๐
๑๒	น.ส.ภัทรพร สุทธิพรณิวัฒน์	ปริญญาตรี	นางอุดมพร สุทธิพรณิวัฒน์	๓๓๗๖
๑๓	น.ส.นราเกตุ ตีบปะละวงศ์	มัธยม	นางสนธยา ตีบปะละวงศ์	๓๔๓๗
๑๔	น.ส.ปรีชญา นาสุงเนิน	มัธยม	นางปัทมา นาสุงเนิน	๓๕๙๒



