



ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด  
ประจำปี ๒๕๖๒  
รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒

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

๑. ชื่อบุตรที่ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา (ด.ช./ต.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 ๒๕๖๒  
 สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ ประเภทออมทรัพย์/ออมทรัพย์พิเศษ

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

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานของบิดาหรือมารดา**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครขอรับทุนการศึกษา ส่งเสริมการศึกษา เป็นบุตรของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขลำปาง จำกัด จริง มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การรับทุนส่งเสริมการศึกษามูลนิธิ และมีความประพฤติ  
เรียบร้อย สมควรได้รับไว้พิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ ๑. หลักฐานต่างๆ ประกอบใบสมัครหากไม่ครบถ้วนจะไม่รับพิจารณา  
๒. หากตรวจสอบพบว่าท่านได้รับทุนการศึกษาปี ๒๕๖๑ ท่านจะไม่ได้รับการพิจารณาทุนการศึกษาปี ๒๕๖๒  
๓. สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครหรือดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ [www.lphosaving.com](http://www.lphosaving.com)