



ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
ประจำปี ๒๕๖๑

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๓ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

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 ๒๕๖๑
 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 ๒๕๖๐ ท่านจะไม่ได้รับการพิจารณาทุนการศึกษาปี ๒๕๖๑
๓. สามารถถ่ายเอกสารใบสมัครหรือดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.lphosaving.com