

แบบฟอร์มขอรับเงินสวัสดิการสำหรับคนโสด
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่ยื่นคำขอ.....

เรียน ผู้อำนวยการ

ข้าพเจ้า.....

☐ ข้าราชการ

☐ พนักงานมหาวิทยาลัย

☐ ลูกจ้างประจำ

☐ พนักงานโรงพยาบาลประเภทประจำ

☐ พนักงานเงินรายได้โรงพยาบาล

เลขที่ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... กลุ่มงาน.....

โทรศัพท์..... เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....

บรรจุเข้ารับราชการในโรงพยาบาลเมื่อ..... เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสำหรับคนโสด
และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง สวัสดิการสำหรับคนโสด มีความประสงค์
ขอรับเงินสวัสดิการสำหรับคนโสดจากโรงพยาบาล จำนวน 5,000 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการตามข้างต้น เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะขอรับสวัสดิการสำหรับคนโสด (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	สำหรับเจ้าหน้าที่ ☐ ตรวจสอบแล้วถูกต้องเห็นควรพิจารณาอนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... วันที่..... หมายเหตุ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตแล้วในการประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....
	ผู้มีอำนาจอนุมัติ ☐ อนุมัติเบิกจ่ายได้ ☐ ไม่อนุมัติ ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการ วันที่.....

หลักฐานประกอบการขอรับสวัสดิการ

- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรพนักงาน
- สำเนาทะเบียนบ้าน