



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

เรื่อง รับสมัครสมาชิกเพื่อขอรับทุนการศึกษาบุตร ประจำปี 2565

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ว่าด้วยทุนสวัสดิการแก่สมาชิกและครอบครัว พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 และมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ชุดที่ 53 ครั้งที่ 8/2565 เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ได้พิจารณาให้สหกรณ์มอบทุนการศึกษาให้แก่บุตรสมาชิกประจำปี 2565 จำนวน 800,000 บาท โดยแบ่งเป็น 3 ระดับการศึกษา ดังนี้

- | | |
|--|-----------------|
| 1. ระดับอนุบาลหรือประถมศึกษา | ทุนละ 1,000 บาท |
| 2. ระดับมัธยมศึกษาหรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) | ทุนละ 1,500 บาท |
| 3. ระดับอุดมศึกษาหรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวส.)
หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค | ทุนละ 2,000 บาท |

ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การขอรับทุนการศึกษาบุตร ประจำปี 2565 ดังนี้

1. คุณสมบัติผู้สมัครขอรับทุนฯ

1. ต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยนับถึงวันรับสมัคร (1 สิงหาคม 2565) ซึ่งบุตรหมายถึงบุตร รวมถึงบุตรบุญธรรมที่ชอบด้วยกฎหมาย และบุตรของสมาชิกต้องกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษาที่ขอรับทุนการศึกษาสำหรับปีนั้น ๆ
2. บุตรต้องมีอายุตั้งแต่ 5-25 ปีบริบูรณ์และกำลังศึกษาอยู่ไม่เกินระดับปริญญาตรี (นับอายุบุตรถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565)
3. บุตรต้องเป็นโสดและไม่เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์
4. ทั้งสมาชิกและบุตรสมาชิกต้องไม่เคยได้รับทุนการศึกษาบุตรของสหกรณ์เมื่อปีที่ผ่านมา
5. สมาชิกจะขอรับทุนได้ คนละ 1 ทุน ต่อบุตร 1 คนเท่านั้น
6. สมาชิกต้องไม่อยู่ในระหว่างการผิดนัดงดชำระหนี้กับสหกรณ์จนกว่าจะแก้ไขการผิดนัดชำระหนี้จนแล้วเสร็จ ในปี 2565

2. เอกสารประกอบการขอรับทุนฯมีดังนี้

1. ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาหลักฐานแสดงการศึกษาบุตรปัจจุบัน จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร จำนวน 1 ชุด
4. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล บิดา/มารดา (ถ้ามี)

3. กำหนดวันรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ขอรับใบสมัครและส่งใบสมัครได้ที่ผู้ประสานงาน
ผู้แทนสมาชิกหรือกรรมการประจำเขตของท่าน

ประกาศ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565



(ดร.ทพ.นพรัตน์ เหลือล้นนิธิศ)

ประธานกรรมการ
สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด



สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตร ประจำปี 2565

วันที่.....

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง)
สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน.....หน่วย.....
ปฏิบัติงาน ณ รพ./สสอ./รพ.สต.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ระยะเวลาการเป็นสมาชิก.....ปี

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด
ให้แก่บุตรของข้าพเจ้าประจำปีการศึกษา 2565 คือ
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.
ปัจจุบันกำลังศึกษาระดับ.....ชั้น.....
โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุตรของข้าพเจ้า เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ร่างกายสมบูรณ์ และเอาใจใส่ต่อ
การศึกษาเล่าเรียนดี พร้อมนี้ ข้าพเจ้าขอส่งเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขอรับทุน ดังนี้

- (1) สำเนาหลักฐานแสดงการศึกษาบุตรปีปัจจุบัน
- (2) สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
- (3) หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล บิดา/มารดา (ถ้ามี)

ลงชื่อ(บิดา/มารดา)
(.....)
สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน.....

ลงชื่อผู้รับสมัคร
(.....)
กรรมการ/ผู้ประสานงาน หน่วย.....

ชื่อสมาชิก.....

ชื่อสมาชิก.....

ชื่อบุตร.....

ชื่อบุตร.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....
(.....)

ลายมือชื่อสมาชิก.....
(.....)

ลายมือชื่อ
(.....)

ลายมือชื่อ
(.....)

กรรมการเขต/ผู้ประสานงาน/หน่วย.....
...../...../.....

กรรมการเขต/ผู้ประสานงาน/หน่วย.....
...../...../.....

ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้เก็บไว้

*** ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้ให้สมาชิกเก็บไว้ ***