



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ด้วยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ชุดที่ 54 ครั้งที่ 8/2566 เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้พิจารณาให้สหกรณ์ประกาศรับสมัครโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ เพื่อทำการคัดเลือกให้ได้รับทุนในโครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ประจำปี 2566 ดังมีรายละเอียด และหลักเกณฑ์การรับสมัคร ดังนี้

1. คุณสมบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่รับสมัคร

- 1.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ที่ชนะเลิศการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด
- 1.2 สามารถประเมินผลงานให้คณะกรรมการตรวจสอบได้
- 1.3 ต้องไม่เคยได้รับทุนจากสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ในปี 2566

2. จำนวนทุน

- 2.1 ทุนช่วยเหลือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ทุน ๆ ละ 10,000 บาท เป็นเงิน 10,000 บาท
- 2.2 ทุนช่วยเหลือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 ทุน ๆ ละ 10,000 บาท เป็นเงิน 10,000 บาท

3. วิธีการขอรับทุน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่จะขอรับทุนต้องเขียนใบสมัครขอรับทุนตามแบบที่สหกรณ์กำหนดและแนบรายละเอียดโครงการที่จะดำเนินการมาด้วย

4. ระยะเวลาในการรับสมัคร

ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ตั้งแต่วันที่ 3 - 7 กรกฎาคม 2566 (เว้นวันหยุดราชการ)

5. วิธีการพิจารณา

- 5.1 พิจารณาคุณสมบัติตามข้อ 1
- 5.2 พิจารณาจากโครงการฯ ที่ส่งมาและเป็นโครงการที่ได้ประโยชน์สูงสุด

6. การประกาศรายชื่อผู้รับทุน

วันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ณ สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

7. การมอบทุน

ดำเนินการมอบทุนภายในวันประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยให้หน่วยงานที่ได้รับทุนดำเนินการออกหลักฐานการรับเงินให้สหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566



(ดร.ทพ.นพรัตน์ เหลือลั่นนิจิต)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด
ใบสมัครขอรับทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

เขียนที่.....

วันที่.....

ชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์ที่จะสมัครขอรับทุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ของสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด พร้อมใบสมัครนี้ ได้ส่งหลักฐานโครงการ
(ชื่อโครงการ).....มาด้วยแล้ว จำนวน 1 โครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง