



ประกาศสหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ด้วยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด ชุดที่ 57 ครั้งที่ 6/2569 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ได้พิจารณาให้สหกรณ์ประกาศรับสมัครโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ เพื่อทำการคัดเลือกให้ได้รับทุนในโครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของสหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด ประจำปี 2569 ดังมีรายละเอียด และหลักเกณฑ์การรับสมัคร ดังนี้

1. คุณสมบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่รับสมัคร

- 1.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ที่ชนะเลิศการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด
- 1.2 สามารถประเมินผลงานให้คณะกรรมการตรวจสอบได้
- 1.3 ต้องไม่เคยได้รับทุนจากสหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด ในปี 2569

2. จำนวนทุน

- 2.1 ทุนช่วยเหลือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ทุน ๆ ละ 20,000 บาท
- 2.2 ทุนช่วยเหลือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 ทุน ๆ ละ 20,000 บาท

3. วิธีการขอรับทุน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่จะขอรับทุนต้องเขียนใบสมัครขอรับทุนตามแบบที่สหกรณ์กำหนดและแนบรายละเอียดโครงการที่จะดำเนินการมาด้วย

4. ระยะเวลาในการรับสมัคร

ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานสหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด ตั้งแต่วันที่ 4 - 10 มิถุนายน 2569 (เว้นวันหยุดราชการ)

5. วิธีการพิจารณา

- 5.1 พิจารณาคุณสมบัติตามข้อ 1
- 5.2 พิจารณาจากโครงการฯ ที่ส่งมาและเป็นโครงการที่ได้ประโยชน์สูงสุด

6. การประกาศรายชื่อผู้รับทุน

วันที่ 16 มิถุนายน 2569 ณ สหกรณ์อสมทพยอนามัยสุรินทร์ จำกัด

7. การมอบทุน

ดำเนินการมอบทุนภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2569 เวลา 10.00 น. ณ ห้องประชุมนายแพทย์ถวิล
สุนทรารักษ์ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยให้หน่วยงานที่ได้รับ
ทุนดำเนินการออกหลักฐานการรับเงินให้สหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2569



(นายคำพอง มั่นจิต)

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