



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ด้วยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ชุดที่ 49 ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ได้พิจารณาให้สหกรณ์ประกาศรับสมัครโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ เพื่อทำการคัดเลือกให้ได้รับทุนในโครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ประจำปี 2561 ดังมีรายละเอียด และหลักเกณฑ์การรับสมัคร ดังนี้

1. คุณสมบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่รับสมัคร

- 1.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ที่ชนะเลิศการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด
- 1.2 สามารถประเมินผลงานให้คณะกรรมการตรวจสอบได้
- 1.3 ต้องไม่เคยได้รับทุนจากสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ในปี 2561

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 2 - 20 กรกฎาคม 2561 (เว้นวันหยุดราชการ)

5. วิธีการพิจารณา

5.1 พิจารณาคณะสมมติตามข้อ 1

5.2 พิจารณาจากโครงการฯ ที่ส่งมาและเป็นโครงการที่ได้ประโยชน์สูงสุด

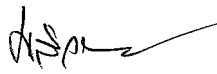
6. การประกาศรายชื่อผู้รับทุน

วันที่ 26 กรกฎาคม 2561 ณ สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

7. การมอบทุน

ดำเนินการมอบทุนภายในวันประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ และให้หน่วยงานที่ได้รับทุนดำเนินการออกใบเสร็จรับเงินให้สหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2561



(นายสุภรัฐ พูนกล้า)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ใบสมัครขอรับทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง