



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด
เรื่อง รับสมัครสมาชิกเพื่อขอรับทุนการศึกษาบุตร ประจำปี 2561

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ว่าด้วยการใช้ทุนสาธารณประโยชน์ เพื่อเป็นทุนการศึกษาบุตรสมาชิก พ.ศ. 2561 และมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ชุดที่ 49 ครั้งที่ 10 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ได้พิจารณาให้สหกรณ์มอบทุนการศึกษาให้แก่บุตรสมาชิกประจำปี 2561 จำนวน 600 ทุน ๆ ละ 1,000 บาท

ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การขอรับทุนการศึกษาบุตร ประจำปี 2561 ดังนี้

1. คุณสมบัติผู้สมัครขอรับทุนฯ

- 1.1 ต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยนับถึงวันรับสมัคร (1 สิงหาคม 2561)
- 1.2 บุตรต้องมีอายุตั้งแต่ 5-25 ปีบริบูรณ์และกำลังศึกษาอยู่ไม่เกินระดับปริญญาตรี (นับอายุบุตรถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2561)
- 1.3 บุตรต้องเป็นโสดและไม่เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์
- 1.4 ทั้งสมาชิกและบุตรสมาชิกต้องไม่เคยได้รับทุนการศึกษาบุตรของสหกรณ์เมื่อปีที่ผ่านมา
- 1.5 สมาชิกจะขอรับทุนได้ คนละ 1 ทุนต่อบุตร 1 คนเท่านั้น

2. เอกสารประกอบการขอรับทุนฯมีดังนี้

- 2.1 สำเนาหลักฐานแสดงการศึกษาบุตรปีปัจจุบัน จำนวน 1 ชุด
- 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านบุตร จำนวน 1 ชุด
- 2.3 ใบสมัครขอรับทุนการศึกษา จำนวน 1 ชุด
- 2.4 หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล บิดา/มารดา (ถ้ามี)

3. กำหนดวันรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ขอรับใบสมัครและส่งใบสมัครได้ที่ผู้ประสานงานผู้แทนสมาชิกหรือกรรมการประจำเขตของท่าน

ประกาศ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ศุภรัฐ พูนกล้า

(นายศุภรัฐ พูนกล้า)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ประจำปี 2561

ชื่อสมาชิก.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....หน่วย.....ระยะเวลาการเป็นสมาชิก.....ปี
ชื่อบุตรสมาชิกที่ขอรับทุนคือ.....อายุ.....ปี
กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....สถานศึกษา.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลงชื่อ
(.....)

สมาชิก

ลงชื่อผู้รับสมัคร
(.....)

กรรมการ / ผู้ประสานงาน / หน่วย.....
...../...../.....

ชื่อสมาชิก.....
ชื่อบุตร.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....
(.....)

ลายมือชื่อ
(.....)

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

ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้เก็บไว้

ชื่อสมาชิก.....
ชื่อบุตร.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....
(.....)

ลายมือชื่อ.....
(.....)

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

ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้ให้สมาชิกเก็บไว้