



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ด้วยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด ชุดที่ 55 ครั้งที่ 6/2567 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ได้พิจารณาให้สหกรณ์ประกาศรับสมัครโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เพื่อทำการคัดเลือกให้ได้รับทุนในโครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของสหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด ประจำปี 2567 ดังมีรายละเอียด และหลักเกณฑ์การรับสมัคร ดังนี้

1. คุณสมบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่รับสมัคร

- 1.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ที่ชนะเลิศการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด
- 1.2 สามารถประเมินผลงานให้คณะกรรมการตรวจสอบได้
- 1.3 ต้องไม่เคยได้รับทุนจากสหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด ในปี 2566

2. จำนวนทุน

- 2.1 ทุนช่วยเหลือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ทุน ๆ ละ 15,000 บาท เป็นเงิน 15,000 บาท
- 2.2 ทุนช่วยเหลือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 ทุน ๆ ละ 15,000 บาท เป็นเงิน 15,000 บาท

3. วิธีการขอรับทุน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่จะขอรับทุนต้องเขียนใบสมัครขอรับทุนตามแบบที่สหกรณ์กำหนดและแนบรายละเอียดโครงการที่จะดำเนินการมาด้วย

4. ระยะเวลาในการรับสมัคร

ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด ตั้งแต่วันที่ 4 – 6 มิถุนายน 2567 (เว้นวันหยุดราชการ)

5. วิธีการพิจารณา

- 5.1 พิจารณาคุณสมบัติตามข้อ 1
- 5.2 พิจารณาจากโครงการฯ ที่ส่งมาและเป็นโครงการที่ได้ประโยชน์สูงสุด

6. การประกาศรายชื่อผู้รับทุน

วันที่ 7 มิถุนายน 2567 ณ สหกรณ์ออมทรัพย์ขอนแก่น จำกัด

7. การมอบทุน

ดำเนินการมอบทุนในวันที่ 10 มิถุนายน 2567 ณ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยให้หน่วยงานที่ได้รับทุนดำเนินการออกหลักฐานการรับเงินให้สหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2567



(ดร.ทพ.นพรัตน์ เหลือสันนิธิศ)

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