



คำร้องขอรับเงินสวัสดิการโรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการโรงพยาบาลสวนปรุง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ด้วยได้รับแจ้งจาก..... ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ตึก..... โทร.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ เนื่องจาก

1. สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกเพื่อการคลอดบุตร (ยื่นเอกสารภายใน 120 วันนับแต่วันที่แจ้งเกิด)

ได้สมรสกับ (นาย/นาง/นางสาว).....

ได้ให้กำเนิดบุตร เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... โดยขอรับเงินสวัสดิการคลอดบุตร

จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

2. สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกเจ็บป่วย (ยื่นเอกสารภายใน 90 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล)

ได้เข้ารับการรักษายาบาลเป็นคนไข้ในโรงพยาบาล.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือเจ็บป่วย จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

3. สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและผู้ประสบภัยพิบัติต่างๆ

ได้ประสบเหตุ.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน

และประสบภัยพิบัติต่างๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง  
เห็นควรอนุมัติเงินสวัสดิการ  
จำนวน.....บาท  
.....  
...../...../.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าตึก/หัวหน้ากลุ่มงาน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

อนุมัติ

(นายกิตต์กวี โพธิ์โน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง