



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์
สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกรุ่นอมรินทร์พยาบาลสุโขทัย (สสท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกของสมาคมทะเบียนเลขที่.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 255....

รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวนคน
- อัตราเงินสงเคราะห์บาท
- คิดเป็นเงินสงเคราะห์บาท
- ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงินบาท
เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับบาท
- จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือบาท
รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้นบาท
(.....)

..... (.....) ผู้รับเงิน เลขที่..... ผู้รับเงิน (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน (.....) ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์ พยาน
..... (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน (.....) เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน พยาน