

**สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้**

**คำร้องขอรับความช่วยเหลือ**

ที่....................................................................................

วันที่.............เดือน....................................พ.ศ................

เรื่อง ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสวัสดิการสมาคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย รูปภาพประกอบการพิจารณา

 ด้วย............................................................................................อายุ…………………………..…….ปี บ้านเลขที่.........................ถนน.............................................................ตำบล........................................................อำเภอ.................................................จังหวัด.........................................................รหัสไปรษณีย์.........................สมาชิกสมาคมพยาบาลฯ เลขที่…………………………...............................................................................................มีความประสงค์จะขอรับเงินช่วยเหลือสวัสดิการ ตามระเบียบสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ ว่าด้วยสวัสดิการสมาชิก พ.ศ. 2559 เนื่องจากข้าพเจ้าประสบภัยพิบัติจาก………………………………..…………………

………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

 จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบสวัสดิการสมาชิกสมาคม

ขอแสดงความนับถือ

(ลงนาม).....................................................................ผู้ยื่นคำร้อง