

**สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้**

**คำร้องขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกฯ**

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

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

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสวัสดิการสมาคม

 ด้วย............................................................................................อายุ…………………………..…….ปี สมาชิกสมาคมพยาบาลฯ เลขที่…………………………...............................................................................................ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่…………………….เดือน………………………………..…………….พ.ศ………………………………..……..

ด้วยโรค.........................................................................ข้าพเจ้าเป็น……………………………………………………………..

ของผู้ถึงแก่กรรม มีความประสงค์ จะขอรับเงินช่วยเหลือสวัสดิการตามระเบียบสมาคมพยาบาลแห่ง ประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ ว่าด้วย สวัสดิการสมาชิก พ.ศ. 2559

 จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาจ่ายเงินตามระเบียบสวัสดิการสมาชิกสมาคมพยาบาลฯ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนามรณะบัตรของ..................................................................................มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

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