



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

แบบคำขอรับทุนสวัสดิการเพื่อการศึกษาของบุตรสมาชิก

ประจำปี 2565

เลขที่รับ ทุนเรียนดี.....
ทุนส่งเสริมฯ.....

วันที่ เดือน พ.ศ.2565

ประเภท ทุนส่งเสริมการศึกษา ทุนเรียนดี เกรดเฉลี่ย.....(ไม่ต่ำกว่า 3.50)

ระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา

ข้อมูลสมาชิก

ยศ - ชื่อ ชื่อสกุล

เลขที่สมาชิก.....เป็นสมาชิก เมื่อ.....รวม.....ปี.....เดือน (นับวันที่ 31 สิงหาคม 2565)

ตำแหน่ง สังกัด () รพ. () บก.อก. () วพ. () นต. () ดร. () นย. () ยส.

หน่วยงาน ฝ่าย/แผนก โทรศัพท์สายใน โทรศัพท์เคลื่อนที่

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ข้อมูลบุตรที่ขอรับทุน

ชื่อ ชื่อสกุล วัน เดือน ปี เกิด

อายุ ปี เดือน (อายุตั้งแต่ 5 ปี แต่ไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์ โดยนับถึงวันที่ปิดรับสมัคร)

ชื่อสถานศึกษา จังหวัด ชั้น/ปี

เอกสารประกอบ

- () 1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ / ลูกจ้าง
- () 2. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรขอรับทุน
- () 3. หนังสือรับรองผลการเรียนตลอดทั้งปีการศึกษา 2564 (กรณีขอทุนเรียนดี)
- () 4. หนังสือรับรองการศึกษา หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่าบำรุงการศึกษา ในปีการศึกษา 2565 (กรณีขอทุนส่งเสริมการศึกษา)
- () 5. เลขบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย เลขที่ โดยเสียค่าธรรมเนียมโอน 8 บาท **หรือ**
- () 6. เลขบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ (เล่ม 20) เลขที่ ไม่เสียค่าธรรมเนียมโอน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น และหลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณาที่ส่งมาด้วยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่า ข้าพเจ้าได้แสดงหลักฐานอันเป็นเท็จในการขอรับทุนสวัสดิการเพื่อการศึกษาบุตรนี้ ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินให้สหกรณ์ฯ และยอมรับสภาพการหมดสิทธิขอรับทุนสวัสดิการตลอดไป

ลงชื่อ

(.....)

สมาชิกผู้ขอรับทุนการศึกษาบุตร

- หมายเหตุ
1. อายุการเป็นสมาชิกต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี (นับถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565)
 2. สมาชิกจะขอรับทุนได้ไม่เกินท่านละ 2 ทุน
 3. บุตรเพียง 1 คน มีสิทธิยื่นขอรับทุนได้ไม่เกิน 1 ทุน
 4. สมาชิกที่ขอรับทุนสวัสดิการสำหรับผู้ที่ไม่เคยขอรับทุนการศึกษาบุตรหรือไม่มีบุตรแล้ว ไม่มีสิทธิขอรับทุนสวัสดิการเพื่อการศึกษาบุตรอีก

ยื่นได้ที่ทำการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด ในเวลาทำการ 08.30 น. - 16.30 น. ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 สิงหาคม 2565



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

หนังสือรับรองผลการเรียน ประจำปีการศึกษา 2564

(เพื่อประกอบการขอทุนการศึกษา ประเภททุนเรียนดี เกเรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.50)

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า..... อายุ.....ปี

เป็นนักเรียนของโรงเรียน/สถานศึกษา.....

ในปีการศึกษา 2564 เรียนอยู่ชั้นมีผลการเรียนทั้งปี (2 เทอม) คิดเป็นเกรดเฉลี่ย.....

ให้ไว้ ณ วันที่



ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

1. ต้องประทับตราสถานศึกษาจึงถือว่าหนังสือสมบูรณ์



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

หนังสือรับรองการศึกษา

(เพื่อประกอบการขอทุนการศึกษา ประเภททุนส่งเสริมการศึกษา)

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....อายุ.....ปี

เป็นนักเรียนของโรงเรียน/สถานศึกษา.....

มีสถานภาพทางการศึกษา ปีการศึกษา 2565 กำลังศึกษาอยู่ชั้น

ให้ไว้ ณ วันที่



ตราประทับ
สถานศึกษา

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

1. ต้องประทับตราสถานศึกษาจึงถือว่าหนังสือสมบูรณ์



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์รับใบประกาศนียบัตรทุนการศึกษาบุตรประจำปี 2565 (ประเภททุนเรียนดี)

ประสงค์รับใบประกาศนียบัตร และเข้าร่วมพิธี

ประสงค์รับใบประกาศนียบัตรแต่ไม่เข้าร่วมพิธี

โดยมีรายชื่อผู้ที่ประสงค์เข้าร่วมพิธีรับใบประกาศนียบัตร ประจำปี 2565 ดังนี้

1.

2.

3.

4.

ไม่ประสงค์รับใบประกาศนียบัตร

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ ทางสหกรณ์ฯ จะจัดทำใบประกาศนียบัตรให้เฉพาะผู้ที่แจ้งความจำนงให้เท่านั้น



หนังสือยินยอมอนุญาตให้เผยแพร่

ภาพถ่าย วิดีโอ หรือข้อมูลส่วนบุคคล ทางเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์
หรือการจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี หรือการส่งประกวดคัดเลือกต่างๆ หรือกระดานข่าวประชาสัมพันธ์
ของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ระบุว่า การเก็บรวบรวม การใช้ หรือการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล จะทำได้ต่อเมื่อเจ้าของข้อมูลให้ความยินยอมอนุญาตก่อนที่จะเผยแพร่ภาพถ่าย วิดีโอ หรือข้อมูลส่วนบุคคลทางเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ หรือการจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี หรือการส่งประกวดคัดเลือก หรือกระดานข่าวประชาสัมพันธ์ ในที่สาธารณะชน หรือตามสถานที่ต่างๆ กฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชาชนจากการละเมิดความเป็นส่วนตัวโดยการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลอย่างปลอดภัย งานประชาสัมพันธ์ ของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด จะเผยแพร่ภาพถ่าย วิดีโอ หรือข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์กิจกรรม รวบรวมข้อมูลเพื่อส่งคัดเลือกสหกรณ์ดีเด่น และเพื่อจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี ของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ทางสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด จำเป็นต้องขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลก่อนที่จะนำข้อมูลของท่านเผยแพร่ หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะถอนความยินยอม สามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โปรดติดต่อมายังสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ผู้ให้ความยินยอม ข้าพเจ้า.....

ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตดังต่อไปนี้ :

* ให้นำภาพถ่าย วิดีโอ เนื้อหา ข้อมูลต่างๆ เผยแพร่ทั้งโดยตรง หรือโดยอ้อมบนเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือการจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี หรือการส่งประกวดคัดเลือกต่างๆ หรือกระดานข่าวประชาสัมพันธ์ ในที่สาธารณะชน หรือตามสถานที่ต่างๆ

อนุญาต ไม่อนุญาต

* ให้ปรากฏชื่อ-นามสกุล บนภาพ วิดีโอ ที่แสดงเผยแพร่ทั้งโดยตรง หรือโดยอ้อมบนเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือการจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี หรือการส่งประกวดคัดเลือกต่างๆ หรือกระดานข่าวประชาสัมพันธ์ ในที่สาธารณะชน หรือตามสถานที่ต่างๆ

อนุญาต ไม่อนุญาต

* ให้ปรากฏรูปร่าง ใบหน้า ที่แสดงเผยแพร่ทั้งโดยตรง หรือโดยอ้อมบนเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือการจัดทำหนังสือรายงานกิจการประจำปี หรือการส่งประกวดคัดเลือกต่างๆ หรือกระดานข่าวประชาสัมพันธ์ ในที่สาธารณะชน หรือตามสถานที่ต่างๆ

อนุญาต ไม่อนุญาต

* ข้าพเจ้าได้รับทราบและยอมรับว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิในค่าตอบแทนภายหลัง และข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม.....

(.....)

วันที่.....