



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูพะเยา จำกัด
แบบขอรับเงินสวัสดิการเยียวยาผู้ป่วยโควิด - 19

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดพะเยา

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเยียวยาผู้ป่วยโควิด - 19 ตามใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

** เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินสวัสดิการเยียวยาผู้ป่วยโควิด - 19

1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2.ใบรับรองแพทย์