

สอ.สร.หมายเลขที่...../.....



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ระดับชั้น _____

ใบสมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษา
บุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด
ประจำปีการศึกษา 2560

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน / โรงเรียน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับ
ทุนส่งเสริมการศึกษามูลนิธิคุรุสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด ประจำปีการศึกษา 2560
ชื่อบุตรผู้ขอรับทุน (ค.ญ./ค.ช./นาย/นางสาว).....นามสกุล.....ซึ่งเป็นบุตร
ของข้าพเจ้า เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน
กำลังศึกษาในระดับชั้น.....โรงเรียน/สถาบัน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความหรือเอกสารหลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นจริงทุกประการ หาก
ข้าพเจ้าปกปิดหรือบิดเบือนข้อเท็จจริงเพื่อประโยชน์ส่วนตน เมื่อคณะกรรมการตรวจพบและมีเจตนาดังกล่าว
ข้าพเจ้าจะสละสิทธิ์การขอรับทุนส่งเสริมการศึกษามูลนิธิคุรุสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์

ลงชื่อ.....สมาชิกสหกรณ์
(_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่

วัน เดือน ปี ที่รับสมัคร	หลักฐานการรับสมัคร	การตรวจสอบ
____/____/2560	() สำเนาทะเบียนบ้าน () หลักฐานอื่น _____ _____	1.ระยะเวลาการเป็นสมาชิก ____ ปี 2.ผลการชำระหนี้เงินกู้ที่ผ่านมา () ปกติ () ไม่ปกติ _____
เวลา _____	_____	ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ _____/_____/2560
ลำดับที่ _____	_____	