

ที่ รบ ................../............... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.......................

 ตำบล............. อำเภอโพธาราม ราชบุรี 70120

 12 พฤษภาคม 2565

เรื่อง ขอส่งหลักฐานการสมัครสมาชิกสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม. จังหวัดราชบุรี ปี 2565

เรียน นายกสมาคม ฌกส.อสม. ประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาชิกสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม. จังหวัดราชบุรี ปี 2565
 หลักฐานและใบแสดงความยินยอม จำนวน.......ชุด

2. บัญชีข้อมูล อสม.ที่สมัครสมาชิก ฌกส.อสม. จำนวน.......ชุด

เนื่องด้วย สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้เปิดรับสมัครสมาชิกสวัสดิการฌาปนกิจ

สงเคราะห์ อสม. จังหวัดราชบุรี ปี 2565 ตามข้อปฏิบัติและหลักเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กร

 อสม.ในด้านสวัสดิการการพัฒนางาน และการบริหารจัดการของชมรม อสม. ให้มีความต่อเนื่อง

ในการนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล................ จึงขอส่งหลักฐานการสมัคร คือใบสมัคร สมาชิกสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม. จังหวัดราชบุรี 2565 จำนวน.........รายและแบบบันทึกข้อมูลสมาชิก จำนวน...........ฉบับ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

 ( .................................. )

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....................

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.................................

โทร......................................

รายชื่อสมาชิกสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดราชบุรี ปี 2565

หน่วยงาน ( สสอ./รพ./เทศบาล/รพ.สต.)รพสต .................... ตำบล....................อำเภอ..โพธาราม.....จังหวัดราชบุรี

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ผู้สมัคร | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | บ้านเลขที่ | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | โทรศัพท์ | ผู้รับผลประโยชน์ | ความสัมพันธ์ |
| คำนำหน้า | ชื่อ | นามสกุล | คำนำหน้า | ชื่อ | นามสกุล |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |