



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์บริการสุขภาพ งานบริการและสวัสดิการนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา โทร. 8610

ที่

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการนักศึกษา

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ข้าพเจ้า รหัสนักศึกษา

สาขาวิชา คณะ

หมายเลขโทรศัพท์ ได้ประสบอุบัติเหตุ.....

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ เมื่อวันที่.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน โดยมีค่าใช้จ่าย จำนวน

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน

ในการนี้ ข้าพเจ้า ขออนุมัติเบิกเงิน

ค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารประกอบการเบิกเงินกองทุนสวัสดิการนักศึกษา

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน พร้อมใบรับรองแพทย์ | จำนวน 1 ชุด |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรนักศึกษา | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับสิทธิ | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ใบสำคัญรับเงิน | จำนวน 1 ฉบับ |

/ความเห็น.....

ความเห็นที่เกี่ยวข้อง

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้กำกับดูแล รับรองข้อมูลของ..... เป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... /..... /.....	ตรวจสอบเอกสารแล้วเป็นไปตามประกาศฯ ชื่อ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... /..... /.....
ความเห็นของผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา /..... /.....	ความเห็นของผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี ลงชื่อ..... (.....) ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี /..... /.....

การอนุมัติสั่งการ

อนุมัติ

อื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนาะ กลิ่นงาม)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี