



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์บริการสุขภาพ งานบริการและสวัสดิการนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา โทร. 8610

ที่

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการนักศึกษา (กรณีเสียชีวิต)

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ข้าพเจ้า เกี่ยวข้องเป็น

นักศึกษาผู้เสียชีวิต รหัสนักศึกษา

สาขาวิชา คณะ

ได้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตจาก

เมื่อวันที่ สถานที่เกิดอุบัติเหตุ

ในการนี้ ข้าพเจ้า ผู้รับสิทธิ

ขออนุมัติเบิกเงินช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี กรณีเสียชีวิต

เนื่องมาจากอุบัติเหตุ เป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารประกอบการเบิกเงินกองทุนสวัสดิการนักศึกษา

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> ใบมรณะบัตร | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรนักศึกษาผู้เสียชีวิต | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับสิทธิ | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทันทีประจำวัน จากสถานที่ตำรวจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ใบสำคัญรับเงิน | จำนวน 1 ฉบับ |

/ความเห็น.....

ความเห็นที่เกี่ยวข้อง

ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้กำกับดูแล/รับรอง ข้อมูลของ..... 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