



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานกองทุนสวัสดิภาพนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา สำนักงานอธิการบดี โทร ๘๒๐๐
 ที่ ศธ ๐๕๔๕.๑(๓.๓)/ วันที่.....
 เรื่อง ขอเบิกเงินกองทุนสวัสดิภาพนักศึกษา (กรณีได้รับบาดเจ็บ นักศึกษาเบิกเอง)

เรียน รักษาการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
 รหัสประจำตัวนักศึกษา.....นักศึกษสาขาวิชา..... คณะ.....
 ชั้นปีที่.....เบอร์โทรศัพท์.....เลขที่สมาชิกกองทุน.....
 มีความประสงค์จะขอเบิกเงินกองทุนสวัสดิภาพนักศึกษาเนื่องจากได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุ.....
 สถานที่เกิดเหตุ.....โดยมีอาการ.....
 ได้รับความช่วยเหลือที่..... เหตุเกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 จำนวนเงินที่ขอใช้สิทธิ.....บาท ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง ใบรับรองแพทย์
 สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา

ดังนั้น จึงขอขอเบิกเงินกองทุนสวัสดิภาพนักศึกษา (กรณีได้รับบาดเจ็บ) เป็นค่ารักษา จากโครงการ
 กองทุนสวัสดิภาพนักศึกษา รหัสโครงการ ๖๒-๐๒-๐๑๑๐ จำนวนเงิน.....บาท(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้สิทธิ
 (.....)

นักศึกษา

<p>1. ตรวจสอบสิทธิการเป็นนักศึกษา <input type="checkbox"/> เป็นนักศึกษา <input type="checkbox"/> พ้นสภาพการเป็นนักศึกษาแล้ว ลงชื่อ.....หัวหน้างานทะเบียนฯ (.....) วันที่.....</p>	<p>4. ความคิดเห็นรองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพา ดำเนิน) วันที่.....</p>
<p>2. ตรวจสอบแล้วเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิภาพ เลขที่สมาชิก..... ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (สืบเอกสุธินันท์ สมอ่อน) วันที่.....</p>	<p>5. ความคิดเห็นอธิการบดี/รองอธิการบดีรักษาราชการ แทน <input type="checkbox"/> อนุมัติ มอบกองคลังและทรัพย์สินดำเนินการตาม ระเบียบ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p>
<p>3. ความคิดเห็นผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา ลงชื่อ..... (นางสาวกฤษชญา กุลทอง) วันที่.....</p>	<p>ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....</p>

ใบสำคัญรับเงิน

ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ (ระบุส่วนราชการ) ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
เบิกเงินกองทุนสวัสดิภาพนักศึกษา (กรณีได้รับบาดเจ็บ)		
รวม		

จำนวน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)