



โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์
364 หมู่ 5 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ที่ วันที่ พ.ศ.....

เรื่อง ขอนหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษายาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์

ด้วย (นาย/นาง/น.ส.)ตำแหน่ง.....

สาขาวิชา/ฝ่าย มีความประสงค์ขอนหนังสือรับรองการมีสิทธิเบิกเงินค่ารักษายาบาล ของ

- ตนเอง เลขประจำตัวประชาชน -
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน -
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน -
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน -
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน -

บุตรเกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่..... ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
ป่วยเป็นโรค..... และเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....
จังหวัด..... ประเภทผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ยื่นคำขอแทน
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์

นาย/นาง/น.ส. เป็นผู้มิสิทธิเบิกเงินค่ารักษายาบาลสำหรับ

- ตนเอง คู่สมรส บิดา มารดา บุตร
- ระเบียบโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ว่าด้วยสวัสดิการและประโยชน์ตอบแทนเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2544 หมวด 4 ข้อ 59
- ระเบียบโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ ว่าด้วยสวัสดิการและประโยชน์ตอบแทนลูกจ้างพ.ศ. 2544 ข้อ 4 (4) หมวด 4
- บรรจุก่อน 1 เมษายน 2554
- บรรจุตั้งแต่ 1 เมษายน 2554 เป็นต้นไป โดยบิดา มารดาเบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายจริงไม่เกินปีงบประมาณละ 15,000 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนามในหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษายาบาล

(.....)

งานบุคคล

<p>เรียน ผู้อำนวยการ เพื่อโปรดพิจารณา</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อชื่อ</p> <p>(นางสาวสุวิทย์ คำฮั่ว) หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ</p>	<p>ลงนามแล้ว</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(รองศาสตราจารย์วิวัฒน์ เรืองเลิศปัญญากุล) ผู้อำนวยการโรงเรียน</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------