

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิภาพนักเรียนและนิสิต

ข้าพเจ้า เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

นักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย รหัสประจำตัวนักเรียน.....ชั้น.....

นิสิตระดับปริญญา ตรี โท เอก รหัสประจำตัวนิสิต.....ชั้นปี.....

คณะ.....สาขาวิชา.....ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบฉันทะให้.....ความสัมพันธ์.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. เงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)

2. เงินชดเชยผู้ป่วย จำนวน.....บาท (.....)

3. เงินช่วยเหลือนักเรียนและนิสิตผู้ประสบภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

กรณีทุพพลภาพบางส่วนอย่างถาวร (ระบอบวัยชรา).....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

กรณีทุพพลภาพทั้งหมดอย่างถาวร

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

กรณีเสียชีวิต

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่าย.....

เกี่ยวข้องกับ.....จึงลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....

(นางสมพิศ ทองสุก)

หมายเหตุ : แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ชุด