



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒ , ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ E-mail : nhpcoop@hotmail.com

ที่ สอ.สสจ.นศ / ว ๒๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
เลขที่รับ..... ๑๑๗๑
วันที่ ๑๕ ๖.๖ ๖๖
เวลา..... -

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช , ผู้อำนวยการโรงพยาบาล , สาธารณสุขอำเภอ , ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีฯ , ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑๑ , ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ , ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้จังหวัดนครศรีธรรมราช และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศ เรื่องการจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษา บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. สำเนาระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วย ทุน พ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

พร้อมหนังสือฉบับนี้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ขอความร่วมมือจากหน่วยงาน ประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้ว ๑ - ๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน สาธารณสุขอำเภอ

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- เพื่อโปรดพิจารณา

(นายสุทธิพันธ์ ลิ้มพรรณ)

ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

๑๕ ๖.๖ ๖๖

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมบูรณ์ ขวัญสง)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

- แจ้งสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ
- แจ้ง กพศ. ทุกแห่ง
- มอช. ๖๖

นายอนันท์ หอยแก้ว
สาธารณสุขอำเภอนาบอน

๑๕ ๖.๖ ๖๖

งานธุรการ

โทร. ๐๗๕-๗๗๔๖๗๒ , ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร. ๐๗๕-๗๗๔๖๗๑



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ฉบับที่ ๑๓ / ๒๕๖๖

เรื่อง การจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๖

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ประสงค์ให้ทุนส่งเสริมการศึกษาแก่บุตรสมาชิก ประจำปี ๒๕๖๖ อาศัยอำนาจตามความในระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วย ทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก พ.ศ.๒๕๖๕ โดยมีมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ อนุมัติจัดสรรทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกประจำปี ๒๕๖๖ จำนวนเงิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท และที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ มีมติจัดสรรตามส่วนที่เหมาะสม จำแนกการให้ทุนดังนี้

๑. ระดับชั้นที่ได้รับทุน

- | | | |
|-----|--|-----------------|
| ๑.๑ | ทุนระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ - ปีที่ ๖ | ทุนละ ๑,๕๐๐ บาท |
| ๑.๒ | ทุนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า | ทุนละ ๒,๐๐๐ บาท |
| ๑.๓ | ทุนระดับอุดมศึกษา,ระดับ ปวส.,ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | ทุนละ ๒,๕๐๐ บาท |

๒. คุณสมบัติ

๒.๑ คุณสมบัติของสมาชิก

- ๒.๑.๑ เป็นสมาชิกภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕
- ๒.๑.๒ สมาชิก ๑ คน ขอรับได้ ๑ ทุน

๒.๒ คุณสมบัติของผู้รับทุน

- ๒.๒.๑ เป็นบุตรสมาชิก
- ๒.๒.๒ มีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และมีสถานภาพเป็นโสด
- ๒.๒.๓ กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาของทางราชการหรือสถาบันศึกษาของเอกชน ที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
- ๒.๒.๔ ต้องไม่เคยได้รับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ในระดับเดียวกัน

๒.๓ หลักฐานการสมัครขอรับทุน

- ๒.๓.๑ แบบคำขอรับทุน (ตามแบบที่สหกรณ์กำหนด)
- ๒.๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบุตรของสมาชิก
- ๒.๓.๓ หลักฐานที่แสดงตนเป็น นักเรียน นักศึกษา อย่างไม่อย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

๒.๔ การรับสมัคร... / (๒)

๒.๔ การรับสมัคร และกำหนดระยะเวลารับสมัคร

สมาชิกสหกรณ์ฯ ยื่นแบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรพร้อมหลักฐาน ตามข้อ ๒.๓ ได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ ๖/๙๙-๑๐๐ ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ ในวัน เวลาราชการ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ แอดไลน์ไอดี @nhpcoop

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

ลงชื่อ



(นายประชนม์ อารุทเพชร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด





แบบคำขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....
สังกัด/หน่วย.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน โทร.....
รับเงินได้รายเดือน.....บาท

มีความประสงค์สมัครขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
นครศรีธรรมราช จำกัด

- ทุนระดับประถมศึกษา ป.1-ป.6
- ทุนระดับมัธยมศึกษา ม.1-ม.6 หรือเทียบเท่า
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี

ให้กับบุตรของข้าพเจ้าชื่อ.....อายุ.....ปี ขณะนี้กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้ามีบุตร.....คน อยู่ระหว่างการศึกษาระดับ

- ประถมศึกษา ป.1-ป.6.....คน
- มัธยมศึกษา ม.1-ม.6 หรือเทียบเท่า.....คน
- ทุนระดับอุดมศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรี.....คน

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- หลักฐานที่แสดงตนเป็นนักเรียนนักศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บัตรประจำตัว

นักเรียน นักศึกษา หรือ ใบเสร็จค่าเล่าเรียน (ปีการศึกษาปัจจุบัน)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับทุน (สมาชิก)
(.....)

ส่งแบบคำขอพร้อมหลักฐาน
ผ่านช่องทาง
Line ID : @nhpcoop หรือ สแกน



กศ

ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
ว่าด้วย หุ้น พ.ศ. 2566

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ข้อ 81(5) และ ข้อ 116(13) ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 42 ครั้งที่ 6/2566 เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2566 ได้มีมติกำหนดระเบียบขึ้น ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ระเบียบนี้เรียกว่า ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย หุ้น พ.ศ. 2566

ข้อ 2. ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ข้อ 3. ให้ยกเลิก ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย หุ้น พ.ศ. 2565 ที่ใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 เสียทั้งสิ้น และบรรดาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง มติหรือ ข้อตกลงอื่นใดซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4. ให้สมาชิกถือหุ้นคนละ 500 บาท ต่อเดือน

ข้อ 5. สมาชิกที่ประสงค์จะซื้อหุ้นเพิ่มเป็นครั้งคราวให้ถือหุ้นเพิ่มเพื่อการกู้เงิน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ว่าด้วย การให้เงินกู้แก่สมาชิก เท่านั้น

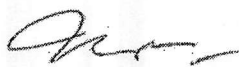
ข้อ 6. สมาชิกสามารถขอลดหุ้นรายเดือนลงให้คงเหลือเดือนละ 100 บาทได้ ทั้งนี้ ต้องมีอายุการเป็นสมาชิก 10 ปีขึ้นไป โดยให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการดำเนินการ

ข้อ 7. สมาชิกที่ได้ชำระเงินค่าหุ้นไม่น้อยกว่า 240 เดือน หรือเป็นจำนวนไม่น้อยกว่า 200,000 บาท และไม่มีหนี้สินต่อสหกรณ์ในฐานะผู้กู้หรือผู้ค้ำประกันจะงดชำระค่าหุ้นรายเดือนหรือลดจำนวนการถือหุ้นรายเดือนลงก็ได้โดยแจ้งความจำนงเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการดำเนินการ

ข้อ 8. ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นอันมีอาจก้าวล่วงเสียได้จำเป็นต้องตีความข้อความใดในระเบียบนี้ ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการที่จะต้องตีความข้อความนั้น

ข้อ 9. ให้ประธานกรรมการเป็นผู้รักษาการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 23 มิถุนายน 2566



(นายประชนม์ อาวุธเพชร)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

