

# แบบขอรับการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล

## มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด

- ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- ข้าพเจ้าเคยปฏิบัติงานที่ ๓.ก.ส.รวมระยะเวลา.....ปี ตำแหน่ง (สุดท้าย) .....  
สังกัด ๓.ก.ส.....เกษียณอายุปี พ.ศ.....
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บป่วยเป็น.....  
โดยได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลชื่อ.....ตั้งอยู่ที่.....  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ข้าพเจ้าขอรับการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลจากมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด (มจส.)  
เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)  
โดยแนบหลักฐานการจ่ายเงินคำรักษาพยาบาลจำนวน.....ใบและใบรับรองแพทย์ฉบับจริงมาพร้อมนี้  
ทั้งนี้ขอให้ มจส.โอนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าบัญชีเงินฝากเลขที่.....  
ชื่อบัญชี.....ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรสาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล

หมายเหตุ : ช่องทางการส่งแบบขอรับการช่วยเหลือถึง มจส.

(1.) โทรสาร 02-587-2965

(2.) Email : [ciardbaac@gmail.com](mailto:ciardbaac@gmail.com)

(3.) ทางไปรษณีย์ มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด อาคาร ๓.ก.ส.ประชาชื่น เลขที่ 48/8 หมู่ 18  
ช.เสริมสุข ถ.ประชาชื่น แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900