



แบบเบิกเงินช่วยเหลือนิสิตผู้ประสบภัย
กองทุนสวัสดิภาพนิสิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

๑.ชื่อ(นาย / นางสาว).....นามสกุล.....รหัสนิสิต.....
คณะ.....หลักสูตร.....ชั้นปี.....เบอร์โทรศัพท์.....
๒.วันที่เกิดเหตุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น.
อธิบายลักษณะการเกิดเหตุ.....

๓.รายละเอียดของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ
ข้อมูลพยานรู้เห็น(ถ้ามี) ชื่อ.....นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้เกิดเหตุ

๔.ได้รับสิทธิตามประกาศมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่อง “กำหนดอัตราเงินช่วยเหลือนิสิตผู้ประสบภัย พ.ศ.๒๕๕๐”
ข้อที่.....อัตราเงินช่วยเหลือ.....บาท จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (.....)

๕.ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล.....โดย.(นพ./พญ.).....
(ชื่อแพทย์เจ้าของไข้) ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น. ถึงวันที่เดือน.....พ.ศ.
เวลา.....น.อ้างอิงตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เป็นเงินจำนวน.....บาท จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (.....)

(พร้อมกับแนบเอกสารดังนี้ ๑.ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ จาการพ.เท่านั้น ๒.ใบเสร็จรับเงิน ๑ ฉบับ)**

๖.ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (ผู้ประสบภัย/ผู้แทน) (.....) เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้..... ว/ด/ป. / /	๗.เรียน หัวหน้าหน่วยแนะแนวและทุนการศึกษา ตรวจสอบเอกสารการเบิกเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่กองทุนฯ) (นางสาวปิยนดา ขวาละคร) ตำแหน่ง นักแนะแนวการศึกษาและอาชีพชำนาญการ ว/ด/ป. / /	๘.เรียน หัวหน้างานกิจการนิสิต เพื่อโปรดพิจารณา ลงชื่อ..... (นางสาวจามจุรี พิมพ์จันทร์) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยแนะแนวและทุนการศึกษา ว/ด/ป. / /
๙.เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารวิชาการและนิสิต เพื่อโปรดพิจารณา ลงชื่อ..... (นายฤกษ์ชัย แยมวงษ์) ตำแหน่ง หัวหน้างานกิจการนิสิต ว/ด/ป. / /	๑๐.เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและความเป็นสากล เพื่อโปรดพิจารณาสมควรให้อนุมัติเบิกจ่ายได้ ลงชื่อ..... (นางสาวพัทริยา ศุภอุตร) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารวิชาการและนิสิต ว/ด/ป. / /	๑๑.เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานวิทยาเขตฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่าย ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณณภินันท์ พัฒนากุล) ตำแหน่ง ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและความเป็นสากล ว/ด/ป. / /

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้าน เลขที่ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ได้รับเงินจากกองทุนสวัสดิภาพนิสิต.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	สต.
ค่ารักษาพยาบาลจากกรณีประสบอุบัติเหตุ		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)