



ครูเกษียณลำดับเลขที่

โรงเรียนอัสสัมชัญ

.....

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับครูเกษียณ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน พร้อมกรอกข้อความตามจริง

ข้าพเจ้า มีส / มาสเตอร์

ซึ่งป่วยเป็น

โดยเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาล

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.....เป็นจำนวนเงิน

(.....) และได้แนบใบเสร็จจำนวน ฉบับ

ลงนามผู้ขอเบิก

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ 1. ครูเกษียณ 1 ท่าน สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เกินคนละ 10,000 บาท/ปี
การศึกษา

2. ระยะเวลา 1 ปีการศึกษา คือ นับจากเดือน พฤษภาคม – เมษายน

ความเห็นของคณะกรรมการ

.....

.....

ลงนาม.....กรรมการ

ลงนาม.....กรรมการ

ลงนาม.....กรรมการ