รหัสแบบฟอร์ม : F-HRM-02-04 Revision : 01	ใบขอเบิกสวัสดิการ บริษัท ไอ ซี พี ลัดดา จำกัด และบริษัทในเครือ		เริ่มใช้วันที่ 1 พฤษภาคม 2565
ชื่อ - สกุลทีมทีม			
<ul><li>ของเยี่ยมกรณีเ</li><li>สวัสดิการค่ารัก หรือ/และค่าตัด</li></ul>	จ็บป่วย 1,000 บาท	เงินสนับสนุนค่าออกกำลังก (ตามจริงไม่เกิน 300 บาท/เ สวัสดิการงานศพ พนักงาน	าย เดือน) /สามีหรือภรรยาของพนักงาน เหลือ 6,000 + พวงหรีด 1 พวง เพนักงาน ค่าเจ้าภาพ 3,000 เหรีด 1 พวง ดา
🛘 ใบเสร็จรับเงิน	หลักฐาน ดังรายการต่อไปนี้  สำเนาบัตรประช		รนาคาร 🗖 สำเนาสูติบัตรบุตร
จึงเรียนมาเพื่อโปรด	พิจารณา		
ลงชื่อพนักงานผู้ขอเบิก วันที่/			
🗖 เห็นควรอนุมัติ 🗖 ไม่ควรอนุมัติ			
	(	/	-
🗖 เห็นควรอนุม์	ลงชื่อ	ผู้จัดการ	บาท
	( วันที่/		