

บันทึกข้อความ

สถานที่ทำการ

ที่ วันที่.....

เรื่อง ขอย้ายหน่วยหักเงินรายเดือน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้าสมาชิกเลขที่.....

ประจำอยู่ที่.....มีความประสงค์ขอย้ายหน่วยหักเงินรายเดือนจากเดิมหน่วย.....

เป็นหน่วย.....เนื่องจาก.....

ตั้งแต่เดือน..... เบอร์โทร.....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....สมาชิก/สมาชิกสมทบฯ

(.....) ตัวบรรจง