

บันทึกข้อความ

สถานที่ทำการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุโขทัย จำกัด

ที่ วันที่

เรื่อง ขอยกเลิกเงินกู้ ATM เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุโขทัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)สมาชิกเลขที่.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอยกเลิก
เงินกู้ ATM เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..... สมาชิกสหกรณ์ฯ

(.....)