



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ E-mail www.nhpcoop.com

วันที่

เรื่อง ขอถือน้ทุนปกติเป็นครั้งคราว

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนที่.....
สังกัด.....เงินได้รายเดือน บาท มีความประสงค์ขอถือน้ทุนปกติ
เพื่อการสะสมทรัพย์ ณ วันที่..... มีทุนเรือน้ทุนบาท
ขอถือน้ทุนเพิ่มจำนวน.....บาท (.....)
รวมทุนเรือน้ทุนคงเหลือบาท

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) สมาชิก
(.....)

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย
(.....)

เรียน ประธานกรรมการ

เพื่อนำเรียนที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบ

(.....)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

งานธุรการ

โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒,๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑