



หนังสือแจ้งการขอเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวสมาชิก.....
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

1. เปลี่ยนแปลง ผู้รับเงินสงเคราะห์ จากเดิม ดังนี้

1.2.

1.3.

1.4.

1.5.

2. ลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ คงเหลือ เป็นดังนี้

2.1เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ.....

ดังเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ใหม่ประกอบการพิจารณา ที่แนบเรียนมาพร้อมนี้

หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น ถ้าคนใดเสียชีวิตไปก่อน ข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิได้รับเงินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)