



สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะฉงเทรฯ จำกัค

41 ถนนยุทธรค้ำเนน อำเภอเมือง ฉช. 24000 โทร./โทรสร 0-3851-6731

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เร่อง ขอเปลี่ยนเปล้งอัตรการส่งเงินรายเดือนและอื่่น ๆ

เรียน คณะกรรการค้ำเนนการสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะฉงเทรฯ จำกัค

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

มีเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท มีความประสงค้ดั่งนี้

ค้ำในรายเดือน เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท
ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินค้ำน ประเภทเงินกู้..... สัญญาเลขที่.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....
กรุณาให้ผู้ค้ำประกันลงนามรับทราบการขอเปลี่ยนเปล้ง

(.....) (.....) (.....)

(.....) (.....) (.....)

เงินรับฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 10-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ บัญชีเลขที่ 20-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

ขอแจ้งย้ายสังกัดงานใหม่ จาก.....
เป็น..... ตั้งแต่.....พ.ศ.....

อื่่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดค้ำเนนการ

ขอแสดงควมนับถือ

.....
(.....)