



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
19 ซ.35 อัสวานนท์ 2 ถ.สุขุมวิท ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทร. 02-7029169 มือถือ 086-3277807 โทรสาร 02-7029169

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ขอคัดสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์.....
.....

เอกสารประกอบมีดังนี้
☐ สำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่	คำสั่ง
.....	
.....	
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....

ได้รับสำเนาเอกสารที่ขอคัดสำเนาฯ เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....