



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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ขอแจ้งย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
มีความประสงค์ขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงานใหม่ สถานที่เดิม.....
สถานที่ใหม่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....