



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 ขอโอนสมาชิกมายังสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....เบอร์มือถือ.....เป็นสมาชิกของ
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ปัจจุบันได้รับการบรรจุ แต่งตั้งหรือย้ายสังกัด
ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนสมาชิกภาพมายังสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด และได้แนบเอกสาร
ประกอบการขอโอนสมาชิกมาดังนี้

1. สำเนาคำสั่งบรรจุ แต่งตั้ง หรือย้ายสังกัด
2. ใบสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

มติคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด ในการประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
ชุดที่.....ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....มีมติ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....