



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000 โทร. 0-3851-6731, 0-96974-3218

ใบลาออกจากสหกรณ์ฯ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอลาออกจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

โดยมีเหตุผล  ลาออกจากราชการ  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

และข้าพเจ้าไม่มีพันธะต่อสหกรณ์ฯ ในฐานะผู้กู้หรือผู้ค้ำประกันแต่อย่างใด

ทั้งนี้ ให้มีผลการลาออกจากสหกรณ์ฯ ตั้งแต่.....

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว..... มีความประสงค์ขอลาออกจากสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบหนี้สินที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

จังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หุ้น ..... เงินกู้คงเหลือทั้งหมด .....

เงินฝากออมทรัพย์ ..... .....

เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ ..... .....

เงินฝากอื่นๆ ..... .....

ภาระการค้ำประกัน  มี  ไม่มี

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว เห็นควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อลาออกจากสหกรณ์

ลงชื่อ .....

( น.ส.กนกวรรณ เขียววงศากุล )

รองผู้จัดการ

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้จัดการ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด