



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด
46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง คำร้องขอทั่วไป

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

โทรศัพท์ / มือถือ..... มีเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ดังนี้

.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

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