



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก
เลขที่รับ...../.....
วันที่

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “มาตรการช่วยเหลือกรณีสมาชิกที่มีเงินได้รายเดือนคงเหลือรับไม่ถึงร้อยละ 30”
ครั้งที่ 2 ประจำปีบัญชี 2566

วันที่

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม“มาตรการช่วยเหลือกรณี
สมาชิกที่มีเงินได้รายเดือนคงเหลือรับไม่ถึงร้อยละ 30 ครั้งที่ 2 ประจำปีบัญชี 2566”
จำนวนเงินที่ต้องการใช้.....บาท(วงเงินนี้อยู่ภายใต้ระเบียบของสหกรณ์ฯ) โดยมีวัตถุประสงค์
จะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1.
2.

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ
(.....)
เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : เงื่อนไขการอนุมัติเงินกู้ตามมาตรการฯ ให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด
เอกสารประกอบการยื่นกู้ สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) พร้อมรับรองสำเนา
สมาชิกสามารถยื่นแบบแจ้งความประสงค์ ในระหว่างวันที่ 1 - 30 เมษายน 2566