



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

เลขที่รับ/.....

วันที่

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก
(ตามความสมัครใจ) ประจำปีบัญชี 2568”

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม **มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้น
รายเดือนคงเหลือ 3% ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568**

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1.
2.

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
จำกัด และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : สิ้นสุดมาตรการช่วยเหลือฯ วันที่ 30 กันยายน 2568