



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

Chumphon Provincial Public Health Saving And Credit Cooperative , Limited.

91/12-14 หมู่ 10 ตำบลนาทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 Tel. 086-4756093 ,077-510642 , แฟกซ์ 077-510643

วันที่.....

เรื่อง ขอลดการชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว.....)

ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก .....

สังกัดหน่วยงาน..... มีความประสงค์ขอลดการชำระหนี้

รายเดือนเงินกู้สามัญ จากเดิมส่งเดือนละ.....บาท/เดือน ขอลด.....บาท

รวมเป็นส่งชำระหนี้เงินกู้.....บาท/เดือน เนื่องจากได้นำเงินมาชำระบางส่วนแล้วเป็น

จำนวนเงิน.....บาท เมื่อวันที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สัญญาที่.....

จำนวนเงินกู้.....

จำนวนงวดที่ทำสัญญา.....

จำนวนงวดที่ชำระมาแล้ว.....

จำนวนเงินที่ส่งอยู่ปัจจุบัน.....