



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 ขอเพิ่มการชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

สังกัดหน่วยงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอเพิ่มการชำระหนี้รายเดือน

เงินกู้สามัญ

เงินกู้สวัสดิการ.....

จากเดิมส่งเดือนละ.....บาท/เดือน ขอเพิ่ม.....บาท

รวมเป็นส่งชำระหนี้เงินกู้.....บาท/เดือน

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ในการเพิ่มการส่งชำระหนี้รายเดือนให้เจ้าหน้าที่การเงินรับรองเงินเดือนให้ด้วยเพื่อให้คณะกรรมการ
เงินกู้ประกอบการพิจารณา