

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด โทร. 037-316139

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินรอกจ่ายคืน

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับเงินรอกจ่ายคืน เนื่องจาก.....

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา..... เลขบัญชี.....

ชื่อบัญชี..... ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้

- | | |
|--|--------|
| 1. สำเนาบัตรประจำประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ | 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาน้ำสมุดธนาคารกรุงไทย | 1 ฉบับ |
| 3. ใบสำคัญรับเงิน | 1 ฉบับ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ

.....

(.....)

