



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

HEALTH PUBLIC NAKHONSITHAMMARAT SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

6/99-100 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร.075-774672 , 075-774673 โทรสาร.075-774671 E-mail : nhpcoop@hotmail.com

เขียนที่

วันที่

เรื่อง ขอนหนังสือรับรอง หุ่น / หวี / เงินฝาก

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
โทรศัพท์..... ตำแหน่ง..... สังกัดหน่วยงาน.....
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์ขอนหนังสือรับรอง ☐ หุ่น ☐ หวี ☐ เงินฝาก จำนวนบัญชี
ได้แก่.....

โดยให้สหกรณ์ออกเป็นภาษา ☐ ไทย ☐ ภาษาอังกฤษ สกุลเงิน.....

ข้อมูลหนังสือรับรอง ☐ ณ ปัจจุบัน ☐ ณ วันที่

กรณีออกเป็นหนังสือรับรองภาษาอังกฤษเพื่อรับรองให้บุตร

คำนำหน้าชื่อบุตร (ภาษาอังกฤษ).....

ชื่อ - นามสกุลบุตร (ภาษาอังกฤษ).....

กรณีการรับเอกสาร ☐ รับด้วยตนเองที่ สอ.สสจ.นศ. ☐ ให้ผู้อื่นรับแทน

ชื่อ - นามสกุล(ผู้รับเอกสารแทน)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

วางบัตรประชาชนตัวจริงให้อยู่ภายในกรอบ
กรุณาถ่ายรูปหรือสแกนและส่งให้สหกรณ์ผ่านทาง
Application Line @nhpcoop หรือสแกน



ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

- ความเห็นของผู้จัดการ

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)

(นางสาวสิริพร ผลจันทร์)

ผู้จัดการ