



สมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูข้าง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐
โทร.๐๗๕-๗๗๗๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๗๖๗๓ โทรสาร.๐๗๕-๗๗๗๖๗๑ เว็บไซต์ www.nhpcoop.com

หนังสือแจ้งขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ- นามสกุล และที่อยู่

สมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เขียน.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขทะเบียนสมาชิก
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สมาคมฯ ดำเนินการ

ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ ชื่อ-สกุล ที่อยู่

เดิม ชื่อ..... นามสกุล.....
เป็นชื่อ..... นามสกุล.....

เดิม ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เปลี่ยนแปลงเป็น ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

พร้อมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐาน ตามคำขอดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)