



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
 NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED.
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ถ. วรรณิชา ต. ในเวียง อ. เมือง จ. น่าน 55000
 โทร. 0-5475-7535, 0-5475-0116, 0-5471-0190 ต่อ 147 โทรสาร 0-5475-7535

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาออกจากสมาชิกสหกรณ์ฯ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

มีความประสงค์จะขอลาออกจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ทั้งนี้เนื่องจาก.....

เมื่อที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการมีมติอนุมัติให้ข้าพเจ้าลาออกจากสหกรณ์ฯ แล้ว ข้าพเจ้าจะไม่ขอรับเงินปันผล และเงินเฉลี่ยคืนสำหรับปีบัญชีที่ลาออก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ลาออก

การพิจารณาของผู้บังคับบัญชาหน่วยงาน

ขอแสดงความนับถือ

ตามที่ได้สอบถามแล้วเห็นควร

ให้สมาชิกรายนี้ลาออกได้

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ตำแหน่ง.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่

1. มีค่าหุ้น ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

2. มีหนี้ในฐานะผู้กู้จำนวน.....บาท และได้ค้ำประกันเงินกู้คือ

1.....2.....

.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

เรียน ประธานกรรมการ

สมาชิกสหกรณ์(นาย/นาง/น.ส.)

อนุมัติให้ลาออก

สังกัดหน่วยงาน.....

.....ประธานกรรมการ

มีหุ้น ณ วันลาออก.....บาท

.....วันที่

มีหนี้ ณ วันลาออก.....บาท

โอนหุ้นชำระหนี้จำนวน.....บาท

คงเหลือเงินจำนวน.....บาท

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติ

.....ผู้จัดการ