



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731, 0-96974-3218

### ใบลาออกจากสหกรณ์ฯ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอลาออกจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

โดยมีเหตุผล.....

และข้าพเจ้าไม่มีพันธะต่อสหกรณ์ฯ ในฐานะผู้กู้หรือผู้ค้ำประกันแต่อย่างใด

ทั้งนี้ ให้มีผลการลาออกจากสหกรณ์ฯ ตั้งแต่วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว..... มีความประสงค์ขอลาออกจาก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบหนี้สินที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หุ้น ..... เงินกู้คงเหลือทั้งหมด .....

เงินฝากออมทรัพย์ .....

เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ .....

เงินฝากอื่นๆ .....

ภาระการค้ำประกัน  มี  ไม่มี

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว เห็นควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อลาออกจากสหกรณ์

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)