



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ประสงค์หยุดถือหุ้รายเดือนตามมาตรการหยุดถือหุ้รายเดือนเป็นการชั่วคราว

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภรณออมทรพยสธารณสุขหนองคาย จํกต

ตามประกาศสภรณออมทรพยสธารณสุขหนองคาย จํกต ฉบับที่ 17/2567 ลงวันที่ 27 กันยายน สภรณได้มี มาตรการหยุดถือหุ้รายเดือนสมาชิกเป็นการชั่วคราว โดยกำหนดให้สมาชิกทุกคนหยุดถือหุ้เป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนมกราคม 2568 ให้แก่สมาชิกที่ประสงค์จะถือหุ้เพิ่มโดยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว.....เลขทะเบียน.....
สังกัด สสอ. รพ.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เดิมถือหุ้รายเดือนต่อสภรณ เดือนละ.....บาท **ประสงค์จะหยุดถือหุ้รายเดือน**
จำนวน.....เดือน ดังนี้

เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....สมาชิกผู้ร้องขอ
(.....)

ความเห็นของผู้จัดการและกรรมการ

เห็นควร อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(นางกนกนันท์ จงเทียมเท่า)
ผู้จัดการ

.....
(.....)
กรรมการ

.....
(.....)
กรรมการ

สภรณออมทรพยสธารณสุขหนองคาย จํกต

ความเห็นของประธานกรรมการ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(นายสมพร เจือจันทิก)

ประธานกรรมการ

สภรณออมทรพยสธารณสุขหนองคาย จํกต