

ใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....มีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงิน

สวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.) ในเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมใหม่ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

2.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

3.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

โปรดพิจารณาแก้ไขผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.)

ให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วยตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

ขณะนี้ข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หรือที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....และขอทำใบเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อ

ครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ลายมือชื่อข้างบนนี้เป็นของ.....

ซึ่งเป็นสมาชิก ส.ค.ก. จริง

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

แก้ไขในคอมพิวเตอร์แล้ว

เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่

เรียน ประธานกรรมการ

เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้จัดการ

ความเห็นของประธานกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ประธานกรรมการ