



เลขรับที่.....
...../...../.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) เลขทะเบียนสมาชิก.....
สังกัด..... อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ
ปัจจุบันข้าพเจ้ามีเงินได้รายเดือน..... บาท ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอ เพิ่ม ลด ค่าหุ้น จากเดิมส่งชำระ
รายเดือนๆ ละ.....บาท เป็นเดือนละ..... บาท โดยเริ่มตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.....
เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

หมายเหตุ ในการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นดังกล่าว ให้สมาชิกยื่นต่อสหกรณ์ภายในหรือไม่เกินวันที่ 5 ของทุกเดือน

สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงอัตราส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนของสมาชิกแล้ว เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์
สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

()

เจ้าหน้าที่ธุรการ

ความเห็น.....

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายธุรการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่..... ครั้งที่...../..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
พิจารณา อนุมัติ ไม่อนุมัติ ให้เปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ประมวลผล

ข้าพเจ้าได้บันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นของสมาชิกแล้ว ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการข้างต้น

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ประมวลผล

()

รับทราบ

การบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายธุรการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)