

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด  
วันที่รับคำขอ.....  
เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....



แบบพิจารณาคำขอออกจากโครงการปรับโครงสร้างหนี้

ผู้กู้.....ตำแหน่ง.....

อายุ..... ปี เลขที่เบียน .....สังกัดหน่วย..... เงินเดือน.....บาท  
หมายเลขโทรศัพท์..... มีความประสงค์ขอออกจากโครงการปรับโครงสร้างหนี้  
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด มีหนี้คงเหลือ ดังต่อไปนี้

๑.สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด

- ๑.๑เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๒เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๓เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๔เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๕เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๖เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๗เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท
- ๑.๘เงินกู้เลขที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอู้  
(.....)

เรียน ประธานฯ  
.....  
.....

ผลการพิจารณา  
 อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....  
(นางสาวลภัสสรณ์ โสมณะวัฒน์)  
ผู้จัดการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)