



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๕๕๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงสังกัดหน่วยงาน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ด้วยข้าพเจ้า.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

เป็นสมาชิกหน่วยงาน(เดิม).....มีความประสงค์จะ

ขอย้ายหน่วยงานไปหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน หน่วยงาน.....

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....