

หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

1. ใบสมัครสมาชิกสมทบ
2. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
3. ใบขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
6. สลิปเงินเดือนปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง คนละ 2 ฉบับ
8. ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

หมายเหตุ : ถ้าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิกสมทบแล้ว สหกรณ์จะส่งหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิกสมทบดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50 บาท (หักเดือนแรกครั้งเดียวของการเป็นสมาชิกสมทบ)
2. เงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ 100 บาท (หักเดือนแรกครั้งเดียวของการเป็นสมาชิกสมทบ)
3. เงินค่าหุ้นรายเดือน (หักทุกเดือน ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยหุ้น พ.ศ. 2560)

มูลค่าหุ้นละ 10 บาท

ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยหุ้น พ.ศ. 2560

เงินได้รายเดือน	ไม่เกิน	10,000 บาท			ถือหุ้นรายเดือน	250 บาท
-----"	เกินกว่า	10,000 บาท	ถึง	15,000 บาท	-----"	500 บาท
-----"	"	15,000 บาท	"	20,000 บาท	-----"	750 บาท
-----"	"	20,000 บาท	"	25,000 บาท	-----"	1,000 บาท
-----"	"	25,000 บาท	"	30,000 บาท	-----"	1,250 บาท
-----"	"	30,000 บาท	"	35,000 บาท	-----"	1,500 บาท
-----"	"	35,000 บาท	"	40,000 บาท	-----"	1,750 บาท
-----"	"	40,000 บาท	ขึ้นไป		-----"	2,000 บาท



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ชื่อสมาชิก.....เลขทะเบียนที่.....หน่วย.....

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

[] สมาชิกสมทบ

ตัวอย่างลายมือชื่อ

วันที่...../...../.....

(โปรดลงลายมือชื่อคนละ 3 ลายมือชื่อ)

ขอรับรองว่า เป็นลายมือชื่อของสมาชิกผู้นี้จริง

1.....

.....พยาน(กรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน)

(.....)

(.....)

2.....

.....พยาน(กรรมการ/ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

(.....)

3.....

(.....)

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว สามารถสมัครเป็น

[] สมาชิกสมทบ

(ลงชื่อ).....

ผู้ตรวจสอบ/ วันที่.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หย่า [] หม้าย

เบอร์โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ตรงตามบัตรประชาชนชน ที่อยู่อื่นๆโปรดระบุ

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ตรงตามบัตรประชาชนชน ตรงตามทะเบียนบ้าน

ที่อยู่อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ

จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน

ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น [] พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.)

[] ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

ตำแหน่ง.....สังกัด [] สสอ. [] รพ.

ได้รับเงินเดือน.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้า มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น (โปรดระบุ)สหกรณ์.....

ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ ขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ
 ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....)
 (ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามระเบียบว่าด้วยหุ้นของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

มูลค่าหุ้นละ 10 บาท ตามระเบียบว่าด้วยหุ้น

เงินได้รายเดือน	ไม่เกิน	10,000 บาท			ถือหุ้นรายเดือน	250 บาท
-----"	เกินกว่า	10,000 บาท	ถึง	15,000 บาท	-----"	500 บาท
-----"	"	15,000 บาท	"	20,000 บาท	-----"	750 บาท
-----"	"	20,000 บาท	"	25,000 บาท	-----"	1,000 บาท
-----"	"	25,000 บาท	"	30,000 บาท	-----"	1,250 บาท
-----"	"	30,000 บาท	"	35,000 บาท	-----"	1,500 บาท
-----"	"	35,000 บาท	"	40,000 บาท	-----"	1,750 บาท
-----"	"	40,000 บาท	ขึ้นไป		-----"	2,000 บาท

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่การเงินที่จ่ายเงินได้รายเดือน
 ของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า ค่าหุ้นรายเดือน และจำนวน
 เงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้จดทะเบียนสหกรณ์
 นี้ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับ
 ต่อสหกรณ์ และขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้
 กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอม และขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบ และมติของสหกรณ์ออมทรัพย์-
 สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทุกประการ

ข้อ 8. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหัก
 เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการจ่ายชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ข้อ 9. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่ไม่มีความหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงิน
 ทุนเรือนหุ้นของข้าพเจ้า ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553
 มาตรา 42/2

ข้อ 10. ถ้อยคำตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 9 เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
 และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวน
ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้อง
ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 49 และข้อ 50 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์-
สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด นี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของกรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นกรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน
[] สสจ.น่าน [] รพ.น่าน [] รพช. [] สสอ.
ได้ตรวจสอบแล้วว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์-
สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ ภรรยาของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....
สมาชิกเลขที่.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ออก) ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการ
สินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรสกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทั้งที่ทำไว้แล้ว และหรือทำขึ้น
ในวันหนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

ในกรณี.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา ของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม และมีหนี้สิน
กับทางสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหักเงินทุกอย่างอันพึงจะได้ที่ทางราชการจะจ่ายให้ชำระหนี้ให้ทาง
สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ลงชื่อ.....สามี/ ภรรยา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(กรรมการ/ผู้แทนหน่วยงานของผู้สมัคร)

(.....)



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
ตาม พ.ร.บ.สหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นไว้เพื่อแสดงว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอตั้งให้บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ เป็นผู้รับโอนประโยชน์

1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ก่อน

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ทำไว้ 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด อีกฉบับหนึ่ง เก็บไว้ที่ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้จริง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ได้รับหนังสือไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

(.....)

หมายเหตุ: 1. บุคคลผู้รับ โอนประโยชน์อาจมีจำนวนเท่าใดก็ได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ ของผู้รับโอนประโยชน์



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
ตาม พ.ร.บ.สหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นไว้เพื่อแสดงว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอตั้งให้บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ เป็นผู้รับโอนประโยชน์

1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ก่อน

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ทำไว้ 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด อีกฉบับหนึ่ง เก็บไว้ที่ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้จริง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ได้รับหนังสือไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

(.....)

หมายเหตุ: 1. บุคคลผู้รับ โอนประโยชน์อาจมีจำนวนเท่าใดก็ได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ ของผู้รับโอนประโยชน์



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้.....

สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

บัญชีเลขที่.....ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันและปฏิบัติ

ตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยเงินฝากออมทรัพย์ ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก	
1.	ขอแสดงความนับถือ (.....) สมาชิกผู้ขอเปิดบัญชี
2.	
3.	

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่