

ใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลงชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

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

สังกัดหน่วยงาน.....มีความประสงค์จะเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงิน

สวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.) ในเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมใหม่ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ.....

สัดส่วนที่ได้รับ.....% ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

2.เกี่ยวข้องกับ.....

สัดส่วนที่ได้รับ.....% ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

3.เกี่ยวข้องกับ.....

สัดส่วนที่ได้รับ.....% ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

โปรดพิจารณาแก้ไขผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (ส.ค.ก.)

ให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วยตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

โทรศัพท์.....และขอทำใบเปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์

เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ลายมือชื่อข้างบนนี้เป็นของ.....

ซึ่งเป็นสมาชิก ส.ค.ก. จริง

(ลายมือชื่อ).....สมาชิกสหกรณ์

(.....)

(ลายมือชื่อ).....สมาชิกสหกรณ์

(.....)

เอกสารที่ใช้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (สมาชิก)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับเงินสงเคราะห์)

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

แก้ไขในคอมพิวเตอร์แล้ว

เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่

เรียน ประธานกรรมการ

เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้จัดการ

ความเห็นของประธานกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ประธานกรรมการ

เลขที่รับ.....

วันที่.....

เวลา.....