 **สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขราชบุรี จำกัด**

421 ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร. 032-328497 โทรสาร. 032-328497

**แบบคำร้องทั่วไป**

เขียนที่.................................................................................

ที่..................................... วันที่...........................................................................

เรื่อง .................................................................................................

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขราชบุรี จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส./.................................................................................... เป็นสมาชิกสหกรณ์เลขที่..................................หน่วยงาน.......................................โทรศัพท์......................................................มีความประสงค์...........................................................................................................................................................

เนื่องจาก (ระบุเหตุผล)................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

อื่น ๆ (ระบุ) เช่น ดำเนินการภายในวันที่ ฯลฯ............................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ลงชื่อ................................................................

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