สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา
1039/74 ถนนรวมจิตถวาย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000
*****โทร.0-53717-637, โทรสาร 0-53712-585 *****

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

เรื่อง การเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์

เรียน คณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .....สมาชิกเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่ .....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

<u>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนผู้รับผลประโยชน์ ดังนี้</u>

1.จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
2.จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
3.จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
4.จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
5.จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....
(.....)

**************************>>>>>>>> **ผู้ให้คำยินยอม** <<<<<<<<**************************

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .....สมาชิกสมาคมฯเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่ ..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด
..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)