	สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด 229 ถนนลพบุรีราเมศวร์ ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ สงขลา 90110	สำหรับเจ้าหน้าที่ รับเอกสารวันที่...../...../..... ลงชื่อ.....

หนังสือขอรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือนแบบกระดาษปกปิด

ข้าพเจ้า.....เลขสมาชิก.....

สมาชิกบำนาญ/บำเหน็จรายเดือน หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....

<u>มีความประสงค์</u>

ขอรับใบเสร็จรับเงินแบบกระดาษปกปิดประจำเดือน โดย

❍ มารับใบเสร็จด้วยตนเองที่สำนักงานสหกรณ์ฯ

❍ ให้สหกรณ์ฯ จัดส่งใบเสร็จให้กับข้าพเจ้าปีละ 2 ครั้ง (ครั้งละ 6 ฉบับ)

ตามที่อยู่ดังนี้.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา