



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

263 หมู่ 1 ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน โทร 053-093788 , 053-093656

## บันทึกข้อความ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ที่ พิเศษ/2563

เรื่อง ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการพักชำระต้นเงินกู้สามัญ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ประเภท  สามัญ  สมทบ เลขทะเบียนที่.....สังกัด/หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด ลำพูน

ได้เข้าร่วมโครงการพักชำระต้นเงินกู้สามัญ  สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....

บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการพักชำระต้นเงินกู้สามัญ

สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....  
 สัญญาที่.....ลงวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ยื่นคำร้อง

(.....)