



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขการสินรุ๊ จำกัด

Kalasin Health Savings and Credit Cooperatives Limited

\*\*\*\*\*

## แบบขอเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกัน

วันที่.....

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขการสินรุ๊ จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่..... รับราชการหรืองานประจำใน  
ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... ได้ทำสัญญาภี้เงิน  
กับสหกรณ์ฯ ตามสัญญาเลขที่..... ลงวันที่..... จำนวนเงิน..... บาท  
(.....) ได้ผ่อนชำระมาแล้ว จำนวน ..... งวด คงเหลือต้นเงิน..... บาท  
(.....) มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกันจาก

1. .... สมาชิกเลขที่.....
2. .... สมาชิกเลขที่.....

เป็น

1. .... สมาชิกเลขที่..... รับราชการหรืองานประจำใน  
ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อัตราเงินเดือน..... บาท (.....)
2. .... สมาชิกเลขที่..... รับราชการหรืองานประจำใน  
ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อัตราเงินเดือน..... บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..... ผู้ค้ำ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ค้ำประกัน 1

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

สามี / ภรรยา ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ..... ผู้ค้ำประกัน 2

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

สามี / ภรรยา ผู้ค้ำประกัน

เรียน ประธานกรรมการ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

(นางสุมนตรา พรไตรศักดิ์)

ผู้จัดการ

...../...../.....

อนุมัติ

(นายยุทธพล ภูเดือน)

ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขการสินรุ๊ จำกัด

...../...../.....