



รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ..... เวลา..... น.

สภากรมออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

แบบแสดงความจํานงขอ เพิ่ม/ ลด เงินงวดชำระหนี้ประเภทเงินกู้สามัญ/ พิเศษ

เขียนที่
วันที่

เรียน ผู้จัดการ

- ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
โทรศัพท์ที่ทำงาน
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอ เพิ่ม/ ลด เงินงวดชำระหนี้ประเภทเงินกู้สามัญ/ พิเศษ
จากเดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท
ตั้งแต่วันที่ ตั้งแต่เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)