



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

## สภกรรมการออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ใบลาออกจากการเป็นสมาชิก

เขียนที่.....  
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภกรรมการออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล. ....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

มีความประสงค์จะขอลาออกจากการเป็นสมาชิกสภการณ์ ด้วยเหตุผล

เกษียณอายุ  ย้ายไปสำนักงานเขต.....

ลาออกจากราชการ  อื่นๆ.....

ย้ายไปศูนย์สาธารณสุข ชื่อ.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....เป็นต้นไป

และมีความประสงค์

ขอรับเงินค่าหุ้นหลังวันที่ 30 กันยายน เพื่อขอรับเงินปันผลและเฉลี่ยคืน

ขอรับเงินค่าหุ้นหลังจากคณะกรรมการดำเนินการอนุมัติ ซึ่งจะทำให้ไม่ได้รับเงินปันผล

และเงินเฉลี่ยคืน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## บันทึกของเจ้าหน้าที่

เสนอ ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้าขอรายงานรายละเอียดเกี่ยวกับสมาชิก ณ วันที่.....ดังนี้ คือ

1. ทุนเรือนหุ้น.....บาท
2. มีหนี้เงินกู้ (สามัญ) สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....เงินกู้คงเหลือ.....บาท  
 (ฉุกเฉิน) สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....เงินกู้คงเหลือ.....บาท  
 (พิเศษ) สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....เงินกู้คงเหลือ.....บาท  
 ชื่อผู้ค้ำประกัน (1).....เลขสมาชิก.....สังกัดโรงพยาบาล.....  
 (2).....เลขสมาชิก.....สังกัดโรงพยาบาล.....
3. ลูกหนี้เงินให้สมาชิกกู้และเงินรับฝากคงเหลือ
  - 3.1 เงินฝากประจำ .....บาท
  - 3.2 เงินฝากออมทรัพย์.....บาท
  - 3.3 เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ.....บาท
4. มีภาระผูกพันในฐานะเป็นผู้ค้ำประกัน
  - 1) ชื่อ .....เลขสมาชิก ..... สังกัดโรงพยาบาล.....  
 เงินทุนเรือนหุ้น.....บาท เงินทุนสงเคราะห์.....บาท  
 เงินกู้สามัญคงเหลือ.....บาท เงินกู้ฉุกเฉินคงเหลือ.....บาท  
 เงินกู้พิเศษ.....บาท
  - 2) ชื่อ .....เลขสมาชิก ..... สังกัดโรงพยาบาล.....  
 เงินทุนเรือนหุ้น.....บาท เงินทุนสงเคราะห์.....บาท  
 เงินกู้สามัญคงเหลือ.....บาท เงินกู้ฉุกเฉินคงเหลือ.....บาท  
 เงินกู้พิเศษ.....บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(วัน/เดือน/ปี).....