



# บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสกลนคร จำกัด

255 ถ.สกลนคร-กาฬสินธุ์ ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร 47000

โทร.0-4297-2018,0-4297-2042,0-4297-2074 โทรสาร. 0-4273-3464

ที่ พิเศษ/2567

วันที่.....

เรื่อง การขอรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือนสมาชิกข้าราชการบำนาญ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสกลนคร จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือน โดยให้สหกรณ์จัดส่งใบเสร็จรับเงินตามที่อยู่ดังนี้

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โดยให้สหกรณ์

ส่งใบเสร็จรับเงินตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)