



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด  
NAN HOSPITAL SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED  
เลขที่ 1 ถนนวรวิชัย อ.เมือง จ.น่าน 55000 โทร 054-719000 ต่อ 1416

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรหัสหนี้

เรียน คณะกรรมการ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ได้กู้เงินที่.....

จำนวน.....บาท ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....และขณะนี้

ข้าพเจ้าได้ยื่นกู้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน ไว้แล้ว หากได้รับอนุมัติเงินกู้ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะนำเงินกู้คงเหลือมาชำระคืนให้กับ.....นี้ทั้งหมด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....