



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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแก้ไขข้อมูลส่วนตัว

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....เบอร์โทร.....

มีความประสงค์ขอแก้ไขข้อมูลส่วนตัว ดังนี้

- ☐ เปลี่ยนแปลงชื่อ-นามสกุล.....
- ☐ ตำแหน่ง.....
- ☐ ที่อยู่ หมู่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....อำเภอ/.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
- ☐ เบอร์โทรศัพท์ บ้าน.....ที่ทำงาน.....มือถือ.....
- ☐ Email address.....
- ☐ สังกัดหน่วยงาน.....
- ☐ อัตราเงินเดือน.....
- ☐ เลขที่บัญชี.....
- ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

มติคณะกรรมการดำเนินการ

ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่/.....วันที่.....

มติคณะกรรมการ.....

.....เลขานุการ

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....วันที่.....