

ใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
กองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
เรียน ประธานกรรมการกองทุนฯ ส.อ.สจ.น่าน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนฯ
- เพื่อโปรดทราบ

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกกองทุนฯ
เลขทะเบียน.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
ในเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม (ตามลำดับ) ดังนี้.-

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

๑.....

ที่อยู่.....

ทราบ

๒.....

ที่อยู่.....

๓.....

ที่อยู่.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

ขณะนี้ข้าพเจ้าอยู่บ้าน เลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

แก้ทะเบียนแล้ว

และขณะทำใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือกองทุน ส.อ.สจ.น่าน ฉบับนี้

ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือข้างบนนี้เป็นของ.....

ซึ่งเป็นสมาชิกกองทุน ส.อ.สจ.น่าน จริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

สมาชิกกองทุนฯ เลขทะเบียน.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

สมาชิกกองทุนฯ เลขทะเบียน.....

