

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติราชการที่.....

ยินยอมให้ กองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน หักเงินเดือนของข้าพเจ้า เมื่อ
กองทุน เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ฯ จากสมาชิกกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน
คือ.....สมาชิก เลขทะเบียน.....ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

เพื่อเป็นหลักฐาน จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)