



- เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการชำระเงินสงเคราะห์
 ขอเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม ผู้รับเงินสงเคราะห์
 ขอเปลี่ยนแปลงชื่อ –สกุล / ที่อยู่

เรียน นายกสมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก.....

เลขประจำตัวประชาชน โทร..... มีความประสงค์

ขอเปลี่ยนแปลงการชำระเงินสงเคราะห์

เดิมชำระ..... เปลี่ยนชำระเป็น.....

ขอเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม ผู้รับเงินสงเคราะห์

เดิม(ระบุชื่อ)

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....

เปลี่ยน / เพิ่ม เป็น

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....

ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ –สกุล / ที่อยู่

เดิม.....

เปลี่ยนเป็น

ลงชื่อ.....สมาชิก.

(.....)

เจ้าหน้าที่บันทึก.....

(.....)

วันที่/...../.....