



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

229 ถนนลพบุรีราเมศวร์ หมู่ 6 ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ 0-7431-3229 , 0-7430-0662-3 โทรสาร 0-74-31-1759 www.spssc-coop.com

ใบขออนุมัติถ่ายสำเนาเอกสาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติถ่ายสำเนาเอกสาร

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์ขออนุญาตถ่ายสำเนาเอกสาร ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

- 1.....จำนวน.....ฉบับ
- 2.....จำนวน.....ฉบับ
- 3.....จำนวน.....ฉบับ
- 4.....จำนวน.....ฉบับ
- 5.....จำนวน.....ฉบับ

เพื่อ.....

โดยจะขอรับสำเนาเอกสาร ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

(ลงชื่อ) ผู้ขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....) (.....)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

อนุมัติ (ลงชื่อ)
 ไม่อนุมัติ (นายตรีทศ พงศ์ไพบุลย์)
เนื่องจาก..... ผู้จัดการ

..... สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่	สำหรับผู้ขอ
ได้ถ่ายสำเนาเอกสารเรียบร้อยแล้วตามรายการ	ได้รับสำเนาเอกสารเรียบร้อยแล้วตามรายการ
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....
5.....	5.....