



ลำดับที่.....

# ใบสมัครผู้แทนสมาชิก ประจำปี 2562

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า .....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

สังกัด.....เป็นสมาชิกมาแล้ว.....งวด

ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  ข้าราชการเกษียณ  ลูกจ้างประจำเกษียณ

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบันติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail:.....

มีความประสงค์สมัครรับการเลือกตั้งเป็นผู้แทนสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด โดยแนบหลักฐานการสมัคร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการที่ทางราชการออกให้

รับสมัครระหว่างวันที่

วันที่ 18 กุมภาพันธ์ – วัน 14 มีนาคม 2562

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

\* (กรุณากรอกใบสมัคร และแนบหลักฐานให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์แก่สหกรณ์ฯ ในการนำข้อมูลไปปรับปรุงฐานข้อมูลผู้แทนสมาชิกต่อไป)

\* ส่งใบสมัครที่ตัวแทนหน่วยประจำหน่วยงาน ยกเว้น โรงพยาบาลสงขลา ส่งใบสมัครที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด สาขาโรงพยาบาลสงขลา

\* ข้าราชการบำนาญ/ลูกจ้างประจำเกษียณ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่งใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข สงขลา จำกัด สำนักงานใหญ่

สำหรับตัวแทนหน่วย หน่วยสมาชิก.....

หลักฐานการสมัคร  ครบถ้วน

ขาดเอกสารหลักฐาน.....

ลงชื่อ.....ตัวแทนหน่วย/ผู้ตรวจสอบเอกสาร/ผู้รับสมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....น.

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

หน่วยสมาชิก.....จำนวนสมาชิก ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 จำนวน.....คน จำนวนผู้แทนสมาชิกประจำหน่วย.....คน