เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงเงินฝากรายเดือน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงศึกษาธิการอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
รับราชการหรือทำงานประจำในตำแหน่ง.....หน่วย /โรงเรียน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต...../สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา
อุบลราชธานี อำนาจเจริญ / สำนักงาน.....จังหวัด.....
เงินได้รายเดือน.....บาทบัญชีเงินฝาก (ประจำ, ออมทรัพย์, ออมทรัพย์พิเศษ) เลขที่.....
เดิมส่งเงินฝากรายเดือน เดือนละ.....บาท

บัดนี้ มีความประสงค์จะ

☐ เพิ่ม

☐ ลด

ส่งเงินฝากประเภท

☐ เงินฝากประจำ

☐ เงินฝากออมทรัพย์

☐ เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

เป็นเดือนละ.....บาท ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....
เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....