

ที่ สอ.สสจ.มท.จก. ๖.15/2568

๗ ตุลาคม 2567

เรื่อง การแจ้งกรณีไม่สามารถเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง / หัวหน้ากลุ่มงาน

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. ใบรับรองกรณีไม่สามารถเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญฯ | จำนวน 1 แผ่น |
| | 2. แทนใบสำคัญจ่าย | จำนวน 1 แผ่น |

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด กำหนดจัดประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567 ในวันอาทิตย์ที่ 10 พฤศจิกายน 2567 ตั้งแต่เวลา 08.00 น. เป็นต้นไป ณ โรงแรมมุกดาหารแกรนด์ โฮเทล อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ในการนี้ หากเจ้าหน้าที่ในสังกัดของท่านที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมในวันดังกล่าวได้ เนื่องจากไปราชการต่างจังหวัด ติดเวรดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถปลีกตัวเข้าร่วมประชุมได้ ขอให้แจ้งสหกรณ์ฯ โดยใช้แบบฟอร์มที่สหกรณ์ได้ส่งมาพร้อมนี้ และรวบรวมส่งกลับคืนที่สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2567 ถ้าหากพ้นกำหนดดังกล่าวถือว่าสมาชิกสามารถเข้าร่วมประชุมได้และสิทธิในการขอรับเงินสมนาคุณประจำปี 2567 กรณีจำเป็นติดราชการหรือติดเวร

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ



(นางพันธวี สุขบัติ)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด



บันทึกข้อความ

ใบรับรองกรณีไม่สามารถเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567

เรื่อง แจ้งกรณีไม่สามารถเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....

สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ./อบจ.)

ตำแหน่ง.....

ขอแจ้งเหตุไม่สามารถเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567 เนื่องจาก

ติดเวร ระบุเวร.....

ไปราชการที่.....

(ให้นำใบสำเนาคำสั่งไปราชการ)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความเบื้องต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

แทนใบสำคัญจ่าย

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2567

ข้าพเจ้า.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เลขที่.....

สังกัดหน่วย (รพ. / สสอ. /อบจ.)ได้รับเงินจาก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เป็นค่าสมนาคุณประจำปี 2567

จำนวนเงิน 500.00 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

สมาชิกเลขที่.....