



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน..... กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ที่ มท ๕๑๐๐๖...../.....

วันที่

เรื่อง ขออนุญาตรับรองอัตราเงินเดือนกรณีเกษียณอายุราชการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ด้วยข้าพเจ้า อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....
อัตราเงินเดือน บาท เกิดวันที่ รับราชการเมื่อวันที่
สังกัดบรรจุครั้งแรก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
เป็นสมาชิกกบข. / ไม่เป็นสมาชิก กบข. มีความประสงค์ขออนุญาตรับรองฯ เพื่อประกอบการจ่ายเงินสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ขอรับรองว่ารายการข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....