

ที่ ศก ๐๗/๓๓/ว ๑๗/๗



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
ตำบลสี อำเภอขุนหาญ
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอนำส่งประกาศสหกรณ์ เรื่องพักชำระหนี้เงินกู้ (เงินต้น) แก่สมาชิกสหกรณ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ ฉบับที่ ๗ / ๒๕๖๘	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้สามัญ)	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้พิเศษ)	จำนวน ๑ ชุด
	๔. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้ฉุกเฉิน)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้หุ้น)	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ ได้มีมติที่ประชุม ประจำเดือน พฤศจิกายน คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ๓๘ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๘ อนุมัติให้พักชำระหนี้เงินกู้แก่สมาชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้ (เงินต้น) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ ๔ เดือน คือเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๘

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอส่งสำเนาประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ ฉบับที่ ๗ / ๒๕๖๘ ให้แก่สมาชิกในหน่วยงานของท่านทราบ และสามารถส่งแบบคำร้องได้ที่สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลื่อ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

THE SAVINGS & CREDIT COOPERATIVES OF PROVINCIAL HEALTH OFFICE OF SISAKET LIMITED

21 หมู่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทร./โทรสาร 045-613992

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

รับที่ 1119 12568

วันที่ 08 เม.ย. 2568

10.29 น.

ที่ สอ.สธ.๐๐๑/ว. ๕๔๑ /๒๕๖๘

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอนำส่งประกาศสหกรณ์ เรื่อง พักชำระหนี้เงินกู้ (ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ ฉบับที่ ๗ /๒๕๖๘ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้สามัญ) | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้พิเศษ) | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๔. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้ฉุกเฉิน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๕. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้หุ้น) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้มีมติที่ประชุม ประจำเดือนพฤศจิกายน คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ๓๘ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๘ อนุมัติให้พักชำระหนี้เงินกู้ แก่สมาชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้ (ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ ๔ เดือน คือเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๘ - สิงหาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามประกาศสหกรณ์ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด จึงขอส่งสำเนาประกาศสหกรณ์ ฉบับที่ ๗/๒๕๖๘ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) และแบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๕) ได้ประชาสัมพันธ์ แก่สมาชิกในหน่วยงานของท่าน ได้รับทราบประกาศดังกล่าว และสมาชิกที่มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงิน จำนวน ๔ เดือน สามารถส่งแบบคำร้องได้ที่สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

-เพื่อโปรดทราบ
-สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
ส่ง: รศ. เรือง พักชำระหนี้
-ให้ ผอ. ปล. ให้ ทน. ทดบ

นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

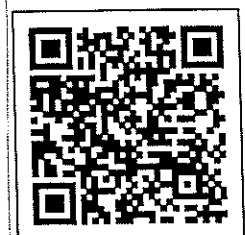
(นายบัวทอง เอกศิริ)
ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

- ☐ เห็นชอบ/อนุมัติ ☒ ทราบ ☐ ขอ
☐ ลงนัด ☒ แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ ให้ดำเนินการตามระเบียบ
☐ ประชาสัมพันธ์/แจ้งเวียน

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ



ดาวน์โหลด สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑-๕