



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด  
เรื่อง ขยายระยะเวลาเข้าร่วมมาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก  
(ตามความสมัครใจ)

.....  
ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ได้ประกาศ เรื่อง มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก (ตามความสมัครใจ) ประจำปีบัญชี 2567 เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกมีเงินเหลือเพียงพอในการดำรงชีพ โดยกำหนดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการฯ ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 นั้น

เนื่องจากยังมีสมาชิกให้ความสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เป็นจำนวนมากและเพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกมีเงินเหลือเพียงพอในการดำรงชีพ โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 30 ครั้งที่ 12/2567 วันที่ 26 กันยายน 2567 จึงมีมติให้ขยายระยะเวลาจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 ซึ่งมีรายละเอียดคุณสมบัติตามประกาศฯ เดิม

ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2567

(นายไมตรี แก้วมงคล)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก  
เลขที่รับ ...../.....  
วันที่ .....

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก  
(ตามความสมัครใจ) ประจำปีบัญชี 2568”

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี  
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท  
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม **มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้น  
รายเดือนคงเหลือ 3% ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568**

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1. ....
2. ....

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ  
จำกัด และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : สิ้นสุดมาตรการช่วยเหลือฯ วันที่ 30 กันยายน 2568