



แบบฟอร์มแจ้ง (สมาชิกที่เก็บเงินไม่ได้)

วันที่ .....

สมาชิกสังกัดโรงเรียน/เขต.....

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์แจ้งสมาชิกที่เก็บเงินไม่ได้

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกรมสามัญศึกษา จำกัด ประจำเดือน.....จำนวน.....ราย

| ลำดับที่ | เลขทะเบียนสมาชิก | เลขประจำตัวประชาชน | ชื่อ - สกุล | จำนวนเงิน |  | หมายเหตุ |
|----------|------------------|--------------------|-------------|-----------|--|----------|
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |
|          |                  |                    |             |           |  |          |

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ลงชื่อ.....(ผู้แทนหน่วย)  
(.....)

หมายเหตุ :

- สามารถ Download เอกสารได้ที่ เว็บไซต์สหกรณ์ : [www.teachercoop-ged.or.th](http://www.teachercoop-ged.or.th)
- ส่งเอกสารแบบฟอร์มเก็บเงินไม่ได้มาที่ Email: [krucoop.com@gmail.com](mailto:krucoop.com@gmail.com)
- Line: 0657298994 (ฝ่ายสินเชื่อ) หรือ FAX : 0-2280-2908