

ใบสมัครเลขที่.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่)



รูปถ่าย  
3 x 5 นิ้ว

ใบสมัครรับการสรรหา  
เป็นกรรมการดำเนินการ  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

- ข้าพเจ้า 1. นาย / นาง / นางสาว.....สกุล.....  
2. ทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ เลขที่..... ตำแหน่ง.....  
3. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....  
4. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี  
5. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....  
6. สถานที่ติดต่อปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... เบอร์บ้าน.....  
มือถือ.....  
7. วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากสถานศึกษา.....  
สำเร็จการศึกษาเมื่อ ปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครรับการสรรหา กรรมการดำเนินการ เขต.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติมีสิทธิสมัครรับการสรรหาเป็นกรรมการดำเนินการ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2554 หมวด 8 ข้อ 72 และระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ว่าด้วยขั้นตอนการสรรหาประธานกรรมการ กรรมการดำเนินการ และผู้ตรวจสอบกิจการ พ.ศ. 2557 ,แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ.2558 ,ที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2559 , ที่แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 4 พ.ศ.2560 และตามประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เรื่อง รับสมัครเพื่อสรรหากรรมการดำเนินการ ประจำปี 2563-2564

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

**สมาชิกสหกรณ์ผู้รับรอง**

- 1..... (.....) เลขที่สมาชิก.....  
2..... (.....) เลขที่สมาชิก.....  
3..... (.....) เลขที่สมาชิก.....  
4..... (.....) เลขที่สมาชิก.....  
5..... (.....) เลขที่สมาชิก.....