



ที่ สอ.สธ.๐๐๑/ว.๑๒๖/๒๕๖๙

สทกรมออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
๒๑ หมู่ ๖ ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอนำส่งประกาศสหกรณ์ เรื่อง พักชำระหนี้เงินกู้ (ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ฯ ฉบับที่ ๒๓ /๒๕๖๙	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

ตามที่ สทกรมออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้มีมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ ๓๙ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ อนุมัติให้พักชำระหนี้เงินกู้แก่สมาชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้ (ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้รวม ๕ เดือน คือตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๙ รายละเอียดตามประกาศสหกรณ์ที่แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ สทกรมออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด จึงขอส่งสำเนาประกาศสหกรณ์ฯ ฉบับที่ ๒๓/๒๕๖๙ และแบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ฯ ประเภทต่างๆ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกในสังกัดหน่วยงานได้รับทราบ ทั้งนี้ สมาชิกที่มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ (ต้นเงิน) สามารถยื่นแบบคำร้องได้ที่สำนักงานสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายบัวทอง เอกศิริ)

ผู้จัดการ

สทกรมออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด



หนังสือแจ้งเวียนหน่วยงาน ประกาศพักชำระหนี้

ฝ่ายธุรการ

โทร. ๐๙ ๐๒๕๐ ๖๓๐๔

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้สามัญ)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
รับที่.....
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์
ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้อย่างต่อเนื่อง

() สมัญญ () เพื่อการศึกษา () อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 5 เดือนตั้งแต่เดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินสามัญ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 39 ในการประชุมครั้งที่ 5 /2569 เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2569 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้
(ต้นเงิน) ในเดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้
(.....นายสนอง ไหวดี.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ
(.....นายบัวทอง เอกศิริ.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้พิเศษ)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
รับที่.....
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์

ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้อย่างใดอย่างหนึ่ง

() พิเศษ () อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 5 เดือนตั้งแต่เดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินพิเศษ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 39 ในการประชุมครั้งที่ 5 /2569 เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2569 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษ์ ตำบลโพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้(ต้น
เงิน) ในเดือน เมษายน 2569 - สิงหาคม 2569 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน (.....)	(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน (.....)
(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน (.....)	(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน (.....)
(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้ (นายสนอง ไหวดี)	(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ (นายบัวทอง เอกศิริ)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้ฉุกเฉิน)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

รับที่.....

วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์

ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ฉุกเฉิน () เงินกู้ช่วยเหลือค่าครองชีพกระแสรายวัน

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 5 เดือนตั้งแต่เดือน เมษายน 2569 – สิงหาคม 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้ยืม)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

รับที่.....

วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์

ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ยืม

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 5 เดือนตั้งแต่เดือน เมษายน 2569 – สิงหาคม 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)