



สมาคมแพทยสภาแห่งประเทศไทย
อมรินทร์พริ้นท์สแควร์ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การเปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์

เรียน ประธานกรรมการสมาคมแพทยสภาแห่งประเทศไทย อมรินทร์พริ้นท์สแควร์ จำกัด

ด้วย ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนที่.....

สมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ เมื่อวันที่.....และได้มอบให้

1.เกี่ยวข้องเป็น.....

2.เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์และจัดการศพของข้าพเจ้า บัดนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์

☐ ขอเพิ่มผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น

1.เกี่ยวข้องเป็น.....

2.เกี่ยวข้องเป็น.....

☐ ขอยกเลิกผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น

1.เกี่ยวข้องเป็น.....

2.เกี่ยวข้องเป็น.....

☐ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น

1.เกี่ยวข้องเป็น.....

2.เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์แล้วจัดการศพของข้าพเจ้า

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและพิจารณาอนุมัติด้วย

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

.....พยาน

(.....)

.....พยาน

(.....)

ถ้าพิจารณาของประธานกรรมการสมาคมฯ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....

(.....)

นายกสมาคม