

เขียนที่.....
ที่.....วันที่.....

เรื่อง รับรอง บำนาญ บำเหน็จ รายเดือน

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
เป็นผู้มีหน้าที่หักเงินเดือน ของ นาง/นาย/นางสาว.....ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
นาง/นาย/นางสาว.....ซึ่งเป็น ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ สังกัด
สสอ./รพ.....ปฏิบัติราชการที่.....

เมื่อเกษียณอายุราชการ จะได้รับเงิน บำนาญ บำเหน็จ รายเดือน (ประมาณ) ดังนี้

1. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
2. บรรจุเข้ารับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. เกษียณอายุราชการวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
4. รวมอายุราชการถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ประมาณ.....ปี
5. เงิน บำนาญ บำเหน็จ ประมาณ.....บาท
6. เมื่อเกษียณอายุราชการ จะได้รับ บำนาญ บำเหน็จรายเดือนประมาณ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....