

## ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี

ถนนแจ้งสนิท อบ 34000

.................

เรื่อง แจ้งยืนยันยอดหนี้คงเหลือ

เรียน ${prefix} ${name} ${sname}

ตามที่ท่านได้กู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุ จำนวน **${money}.**-บาท () ตามสัญญาเลขที่ **${no}** และ ณ วันที่ ……………………………… ท่านมียอดหนี้คงเหลือ จำนวน **${remain}.-**บาท () นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ขอความร่วมมือให้ท่านยืนยันยอดหนี้คงเหลือ ณ วันที่ ……………………. โดยจะเก็บข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว   
เป็นประโยชน์ต่อท่าน และการตรวจสอบบัญชีของกองทุนผู้สูงอายุ **หากจำนวนหนี้คงเหลือตามที่แจ้งข้างต้นไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาดประการใด โปรดได้แจ้งข้อมูลและยืนยันยอดตามเอกสารในส่วนที่ 2**จักขอบคุณยิ่ง ทั้งนี้ หากท่านไม่ยืนยันยอดหนี้คงเหลือภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ จะถือว่าท่านรับรองยอดหนี้คงเหลือตามจำนวนดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(………………………………………………..)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดอุบลราชธานี

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ส่วนที่ 2**

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ท่านได้แจ้งให้ทราบว่า ข้าพเจ้าได้กู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุ จำนวน **${money}.-**บาท () ตามสัญญาเลขที่ **${no}** และ ณ วันที่ ……………….. ข้าพเจ้ามียอดหนี้คงเหลือ จำนวน **${remain}.-**บาท () นั้น

ข้าพเจ้าขอเรียนว่า ณ วันที่ …………………… มียอดหนี้คงเหลือ

(...........) ถูกต้อง

(...........) ไม่ถูกต้อง

เนื่องจาก..............................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ....................................................ผู้กู้

(.......................................................)

ลงวันที่.....................................................

กรุณาตอบกลับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

โดยนำเอกสารใส่ซองจดหมายพร้อมทั้งติดแสตมป์ 3 บาท

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ นางสาวสุดาภรณ์ ดีสี เบอร์โทรศัพท์ 045-344579 มือถือ 080-4759198