



ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation

เลขที่ 2 ตึกมหิตลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687 ,0-2419-7658 ต่อ 9

E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org

“เพื่อผู้ป่วยด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราช”

หนังสือขอคัดสำเนารับรองภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ

ข้าพเจ้า.....สังกัด/หน่วยงาน/บริษัท

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีเมล:

มีความประสงค์ขอคัดสำเนาหนังสือรับรองภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่ายบุคคลธรรมดา/หนังสือรับรองภาษีเงิน
ได้หัก ณ ที่จ่ายนิติบุคคล ประจำปี.....ตั้งแต่เดือน.....ถึงเดือน.....
เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอ

(.....)