แบบแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการเงินฝากออมทรัพย์ทวีคูณ

(สะสมตั้งแต่เดือนละ 500 บาทขึ้นไป โดยหักจากเงินได้รายเดือน)

โรงเรียน/หน่วยงาน..... อำเภอ .....

ที่	ชื่อ - สกุล	เลขที่สมาชิก	สะสมเดือนละ	เบอร์โทรศัพท์	ลายมือชื่อ