

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງໂຮງໝໍພື້ນຜູ້ສະມັດຕະພາບ Ascension Saint Thomas:

ໜັງສືສະບັບນີ້ແມ່ນການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າ (ຊື່ຄົນເຈັບ) _____ ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ໜ້ອຍ
ຫຼື ບໍ່ມີລາຍຮັບ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດຂອງລາວ.
ລາວຈະບໍ່ມີພັນທະຕໍ່ກັບຂ້າພະເຈົ້າ.

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____