



สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์  
 133 ถนนสุขุมวิท 21 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110  
 โทร.0-2685-2500 โทรสาร.0-2685-2501

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่ยื่น

ค่าธรรมเนียม.....บาท

เลขที่.....

ผู้รับ.....

**คำขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือเพิ่มเติม**  
**เกี่ยวกับการอบรมหรือการประชุมสัมมนา**

- นิติบุคคล  กระทรวง กรม หรือส่วนราชการ
- สถาบันการศึกษาของรัฐ  สถาบันการศึกษาของเอกชน
- หน่วยงานภายในที่เป็นต้นสังกัดของผู้เข้ารับการอบรมหรือการประชุมสัมมนา (In house)
- อื่น ๆ ระบุ.....

**1. ชื่อนิติบุคคล / หน่วยงาน**

ภาษาไทย.....

ภาษาอังกฤษ.....

**2. นิติบุคคลเลขที่**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**3. รหัสหน่วยงาน**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**4. ที่อยู่นิติบุคคล/หน่วยงาน**

เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail..... Web.....

**5. มีความประสงค์แจ้งเกี่ยวกับ (รายละเอียดประกอบตามแบบที่สภาวิชาชีพบัญชีกำหนด จำนวนอย่างละ 1 ชุด)**

- |  |  |                                    |                                 |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เนื้อหาหลักสูตรการอบรมหรือการประชุมสัมมนา | <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง/แก้ไข | <input type="checkbox"/> เพิ่มเติม | <input type="checkbox"/> ยกเลิก |
| <input type="checkbox"/> วิทยากร                                   | <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง/แก้ไข | <input type="checkbox"/> เพิ่มเติม | <input type="checkbox"/> ยกเลิก |
| <input type="checkbox"/> วันหรือสถานที่                            | <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง/แก้ไข | <input type="checkbox"/> เพิ่มเติม | <input type="checkbox"/> ยกเลิก |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                               | <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง/แก้ไข | <input type="checkbox"/> เพิ่มเติม | <input type="checkbox"/> ยกเลิก |

**6. เปลี่ยนแปลงผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้แทนซึ่งเป็นผู้ดำเนินการแทน**

ชื่อ  นาย  นาง  นางสาว  ยศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ไม่เป็นสมาชิก  เป็นสมาชิกสภาวิชาชีพบัญชี ประเภท  สามัญ  วิสามัญ  สมทบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ



ประทับตรา

ลงชื่อ ..... กรรมการ/หุ้นส่วนผู้จัดการ/ผู้แทน  
 (.....)

ลงชื่อ ..... กรรมการ/หุ้นส่วนผู้จัดการ/ผู้แทน  
 (.....)

รายละเอียดประกอบคำขอ สวบช. 14  
คำขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือเพิ่มเติม

รายละเอียดการอบรมหรือการประชุมสัมมนา

เปลี่ยนแปลง/แก้ไข  เพิ่มเติม  ยกเลิก

| รายการ           | รายละเอียด (เดิม) | รายละเอียด (ใหม่) | หมายเหตุ |
|------------------|-------------------|-------------------|----------|
| รหัสหลักสูตร     |                   |                   |          |
| ชื่อหลักสูตร     |                   |                   |          |
| วันที่/เวลา      |                   |                   |          |
| สถานที่จัดอบรม   |                   |                   |          |
| วิทยากร          |                   |                   |          |
| เนื้อหาและขอบเขต |                   |                   |          |

ลงชื่อ .....กรรมการ/หุ้นส่วนผู้จัดการ/ผู้แทน

(.....)