

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์
แบบคำขอเปลี่ยนแปลงวันเวลาดูผลการทดสอบ

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2580, 2581

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงวันเวลาดูผลการทดสอบ

รายละเอียดการขอเปลี่ยนแปลงวันเวลาดูผลการทดสอบ	
ชื่อผู้สมัครทดสอบ (โปรดเขียนตัวบรรจง) _____	
เลขประจำตัวสอบ _____	เลขประจำตัวประชาชน _____
มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงวัน / เวลา ในการดูผลการทดสอบเป็น	
วันที่ _____	เวลา _____ น.
*** โปรดระบุเลขที่ใบเสร็จรับเงิน _____ ลงวันที่ _____	
ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการขอเปลี่ยนแปลงวันเวลาดูผลการทดสอบเป็นจำนวนเงิน _____ บาท	
ตัวอักษร (_____) เรียบร้อยแล้วโดยชำระเป็น	
<input type="checkbox"/> เงินสด ที่เคาน์เตอร์สภาวิชาชีพบัญชี เมื่อวันที่ _____	
<input type="checkbox"/> ผาก/โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ เมื่อวันที่ _____	
*** กรุณาแนบสำเนาใบนำฝากเงินมาด้วย***	
ลงชื่อ _____	วันที่ _____
ผู้สมัครทดสอบ	
โทรศัพท์ _____	(โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนการเงิน

เลขที่ใบลดหนี้ CN _____	ลงวันที่ _____	
เลขที่ใบเสร็จรับเงิน (ใหม่)		
1. _____	ลงวันที่ _____	
2. _____	ลงวันที่ _____	
_____	_____	_____
เจ้าหน้าที่/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้จัดการส่วน/วันที่