

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์
แบบแจ้งข้อมูลการขอคืนเงินค่าอบรม/สัมมนา

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2572, 0-2685-2555-9 Email: training@fap.or.th

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

รายละเอียดการขอคืนเงินค่าอบรม/สัมมนา	
ชื่อ-นามสกุล (ผู้เข้าอบรม/สัมมนา)	_____
ชื่อ-นามสกุล (ผู้ประสานงาน/ผู้แจ้ง)	_____
โทรศัพท์ _____	มือถือ _____ Email _____
รหัสการจองหลักสูตร _____	วันที่จัด _____
ชื่อหลักสูตร _____	
จำนวนเงินที่ประสงค์ขอคืน _____	บาท
เหตุผลที่ขอคืนเงิน _____	
โปรดระบุเลขที่ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ST _____	ลงวันที่ _____
โปรดระบุธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชี (ขอสงวนสิทธิ์โอนเข้าชื่อบัญชีตามที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีเท่านั้น)	
ธนาคาร _____	เลขที่บัญชี _____
ชื่อบัญชี _____	ประเภทบัญชี _____
ลงนาม _____	วันที่ _____
ผู้เข้าอบรม/ผู้แจ้ง/ผู้กระทำการแทน	
*** สภาวิชาชีพบัญชี จะทำการโอนเงินทุกวันที่ 15 และ 30 ของเดือน (หลังจากส่วนการเงินได้รับเอกสารครบถ้วนก่อนวันที่โอน 5 วันทำการ) และหากในวันที่โอนดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของสภาวิชาชีพบัญชี จะโอนเงินให้ก่อนวันหยุดทำการ ***	

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนปฏิบัติการอบรม

อนุมัติให้คืนเงินจำนวน _____	บาท (_____)
_____	_____
เจ้าหน้าที่ดูแลหลักสูตร/วันที่	ผู้จัดการส่วน/วันที่

ส่วนที่ 3 สำหรับส่วนการเงิน

เลขที่ใบลดหนี้/ใบกำกับภาษี CN _____	ลงวันที่ _____	
_____	_____	_____
ผู้ออกใบลดหนี้/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่
ชำระเงินโดย _____	[] โอนเข้าบัญชี มีผลวันที่ _____	
(PV# _____)	[] เช็คเลขที่ _____	ฝากเข้าบัญชีวันที่ _____
_____	_____	_____
ผู้โอน/ออกเช็ค/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่