

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์  
แบบแจ้งการขอคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ CPA

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2525, 2532 Email: member@fap.or.th

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

รายละเอียดการขอคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ CPA	
ชื่อ-นามสกุล (ผู้เข้าทดสอบ)	_____
ชื่อ-นามสกุล (ผู้แจ้ง/ผู้ประสานงาน)	_____
โทรศัพท์ _____	มือถือ _____ Email _____
ระบุวิชาทดสอบที่ ประสงค์ขอคืน	[ ] การบัญชี 1 [ ] การบัญชี 2 [ ] การสอบบัญชี 1 [ ] การสอบบัญชี 2 [ ] กฎหมาย 1 [ ] กฎหมาย 2 [ ] อื่นๆ _____
ครั้งที่ทำการทดสอบ	_____ จำนวนเงินที่ประสงค์ขอคืน _____ บาท
เหตุผลที่ขอคืนเงิน	_____
<b>***เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ โปรดแนบใบเสร็จรับเงินมาด้วย***</b>	
โปรดระบุธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชี (ขอสงวนสิทธิ์โอนเข้าชื่อบัญชีตามที่ระบุในใบเสร็จรับเงินเท่านั้น)	
ธนาคาร _____	เลขที่บัญชี _____
ชื่อบัญชี _____	ประเภทบัญชี _____
ลงนาม _____	วันที่แจ้ง _____ / _____ / _____
ผู้แจ้ง/ผู้กระทำการแทน	
<b>*** สภาวิชาชีพบัญชี จะทำการโอนเงินทุกวันที่ 15 และ 30 ของเดือน (หลังจากส่วนการเงินได้รับเอกสารครบถ้วนก่อนวันที่โอน 5 วันทำการ) และหากในวันทีโอนดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของสภาวิชาชีพบัญชี จะโอนเงินให้ก่อนวันหยุดทำการ ***</b>	

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนงานทดสอบผู้สอบบัญชี

โปรดระบุเลขที่ใบเสร็จรับเงิน _____	ลงวันที่ _____ / _____ / _____
อนุมัติให้คืนเงินจำนวน _____ บาท ( _____ )	
_____	_____
เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเรื่อง/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่

ส่วนที่ 3 สำหรับส่วนการเงิน

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