

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์
แบบแจ้งการขอคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ CPA

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2580, 2581 Email: cpaexamr@tfac.or.th

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

รายละเอียดการขอคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ CPA	
ชื่อ-นามสกุล (ผู้เข้าทดสอบ) _____	
ชื่อ-นามสกุล (ผู้แจ้ง/ผู้ประสานงาน) _____	
โทรศัพท์ / มือถือ _____ Email _____	
ระบุวิชาทดสอบที่ _____	[] การบัญชี 1 [] การบัญชี 2 [] การสอบบัญชี 1 [] การสอบบัญชี 2
ประสงค์ขอคืน _____	[] กฎหมาย 1 [] กฎหมาย 2 [] อื่นๆ _____
ครั้งที่ทำการทดสอบ _____	จำนวนเงินที่ประสงค์ขอคืน _____ บาท
เหตุผลที่ขอคืนเงิน _____	
โปรดระบุธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชี (ขอสงวนสิทธิ์โอนเข้าชื่อบัญชีตามที่ระบุในใบเสร็จรับเงินเท่านั้น)	
ธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____	
ชื่อบัญชี _____ ประเภทบัญชี _____	
ลงนาม _____ วันที่แจ้ง _____	
ผู้แจ้ง/ผู้กระทำการแทน	
*** ส่วนงานการเงินจะทำการโอนเงินคืนในวันศุกร์ของสัปดาห์ถัดไป หลังจากที่ได้รับเอกสารและข้อมูลครบถ้วน และหากในวันที่โอนดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของสภาวิชาชีพบัญชี จะโอนเงินให้ในวันทำการถัดไป ***	

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนงานทดสอบผู้สอบบัญชี

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

ส่วนที่ 3 สำหรับส่วนงานการเงิน

PV # _____

เลขที่ใบลดหนี้ CN _____	ชำระเงินคืนโดย [] โอนเข้าบัญชี มีผลวันที่ _____
ผู้จัดทำ/วันที่ _____	[] เช็คเลขที่ _____
ผู้อนุมัติ/วันที่ _____	ผู้จัดทำ/วันที่ _____ ผู้อนุมัติ/วันที่ _____