

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์
แบบแจ้งข้อมูลการขอคืนเงินค่าอบรม/สัมมนา

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2572, 0-2685-2555-9 Email: marketing@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 _____ ผากเข้าบัญชีวันที่ _____		
_____	_____	_____
ผู้โอน/ออกเช็ค/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่