

ชื่อองค์กรวิชาชีพฯ XXXXXXXX  
ชื่อหลักสูตร XXXXXXXX  
วันที่จัดอบรม XXXXXX  
รหัสหลักสูตร X-XXXX-XXXX

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	รหัส TA	รหัส CPA	รหัสผู้ทำบัญชี	การยืนยันตัวตน (ช่วงเช้า) เวลา XX.XX น.-XX.XX น.	การยืนยันตัวตน (ช่วงบ่าย) เวลา XX.XX น.-XX.XX น.	หมายเหตุ*
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

\* หมายเหตุ เป็นกรณีที่ไม่เซ็นชื่อ ให้องค์กรรับรองและองค์กรฯเซ็นชื่อกำกับ

1) ขาดอบรม 2) อบรมไม่ครบ แล้วแต่กรณี