



แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้ประกอบการ

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลำดับที่รับ _____
วันที่ _____

ชื่อสถานประกอบการ/ชื่อผู้ประกอบการ _____

เลขที่บัญชีผู้ประกอบการ (โปรดระบุเลขที่บัญชีที่ขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน)

ตั้งอยู่เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ ☐ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง พร้อมทั้งกรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)

- | | |
|---|---|
| ☐ (1) ย้ายสถานประกอบการ | ☐ (6) เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม |
| ☐ (2) หยุดกิจการชั่วคราว | ☐ (7) เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ |
| ☐ (3) เลิกกิจการ | ☐ (8) เพิ่มจำนวนสาขา |
| ☐ (4) เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ | ☐ (9) ยกเลิกสาขา |
| ☐ (5) เปลี่ยนชื่อผู้ประกอบการ | ☐ (10) เปลี่ยนแปลงอื่นๆ (ระบุ) _____ |

กรุณาแนบสำเนาแบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงมายัง (สส.6-15) ของสำนักงานประกันสังคมด้วย

(1) ย้ายสถานประกอบการ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา _____
ไปอยู่ที่ : เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

(2) หยุดกิจการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
เนื่องจาก _____

(3) เลิกประกอบกิจการ ตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
เอกสารที่แนบ ☐ หนังสือจดทะเบียนเลิกกิจการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

(4) (5) (6) (7) ☐ เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ ☐ เปลี่ยนชื่อผู้ประกอบการ
☐ เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม ☐ เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ

จากเดิม _____

เปลี่ยนเป็น _____

เอกสารที่แนบ ☐ สำเนาหนังสือรับรองของกระทรวงพาณิชย์ ☐ หนังสือมอบอำนาจ

(8) เพิ่มจำนวนสาขา
ชื่อสาขา (ถ้ามี) _____ ตั้งแต่วันที่ _____
ตั้งอยู่เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
นำส่งเงินสมทบที่ _____ (ระบุชื่อหน่วยงานกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) _____

(9) ยกเลิกสาขา

ชื่อสาขา (ถ้ามี) _____ ตั้งแต่วันที่ _____
 ตั้งอยู่เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
 ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
 รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
 ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่ _____ (ระบุชื่อหน่วยงานกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) _____

(10) รายการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไข

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นกรอกข้อความต่อไปจนครบ)



ลงชื่อ _____ ผู้ประกอบกิจการ / ผู้รับมอบอำนาจ
 (_____)
 ตำแหน่ง _____
 วันที่ _____