



แบบประเมินเงินสมทบกองทุนพัฒนาฝีมือแรงงาน

ประจำปี _____

ลำดับที่รับ.....

วันที่.....

รพพัฒนาฝีมือแรงงาน _____

เลขที่บัญชีผู้ประกอบการ

(โปรดระบุเลขที่บัญชีที่ขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน)

ชื่อสถานประกอบการ/ชื่อผู้ประกอบการ

ตั้งอยู่เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก / ซอย _____ ถนน _____

ตำบล / แขวง _____ อำเภอ / เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ลูกจ้าง ณ วันที่ _____ จำนวน _____ คน (ระบุจำนวนลูกจ้าง ณ วันที่ 1 มกราคมของปีถัดไป)

ผู้รับการฝึก			รวมจำนวน ผู้รับการฝึก	ประเมินเงินสมทบ	
ฝึกเตรียมเข้าทำงาน	ฝึกยกระดับฝีมือแรงงาน	ฝึกเปลี่ยนสาขาอาชีพ		จำนวนคน	จำนวนเงิน
<p>ท่านมีหน้าที่ยื่นแบบประเมินเงินสมทบภายในเดือนกุมภาพันธ์ _____ ผู้ประกอบการรายใดไม่จ่ายเงินสมทบภายในเวลาที่กำหนดหรือจ่ายไม่ครบต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อเดือน ของเงินสมทบที่ยังไม่ได้นำส่งหรือของเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ต้องนำส่งเงินสมทบ (กรณีข้อ ก)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้จัดฝึกอบรม</p> <p>ประเมินเงินสมทบ</p> <p><input type="checkbox"/> นำส่งเงินสมทบเข้ากองทุน (กรณีข้อ ข และ ค)</p> <p>บวก เงินเพิ่มตามกฎหมาย (ถ้ามี)</p> <p>รวมเงินที่ต้องชำระ</p>					
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) _____					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบ

เอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน _____ ฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ประกอบการ/ผู้รับมอบอำนาจ
(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

บันทึกเจ้าหน้าที่

ผลการตรวจแบบประเมินเงินสมทบ

☐ ประเมินเท่าเดิม☐ ชำระเพิ่มเติม จำนวน _____ บาท (แจ้งผู้ประกอบการให้จ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม)☐ ชำระไว้เกิน จำนวน _____ บาท (แจ้งผู้ประกอบการได้รับเงินสมทบคืน)

อนุมัติ-เห็นชอบ

ลงชื่อ _____

(_____)

ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ / _____ / _____