



ใบสมัครเข้าร่วมหลักสูตรสัมมนาเชิงปฏิบัติการสร้างธุรกิจเข้าสู่ระบบแฟรนไชส์
Franchise B2B รุ่นที่ 20 ปี 2561
(ระหว่างวันที่ 6 ธันวาคม 2560 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2561)

กรุณารอกข้อมูลของท่านในใบสมัครให้ครบถ้วนเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรม

1. ข้อมูลผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.1 ชื่อ - นามสกุล * (ไทย) : นาย นาง นางสาว

(อังกฤษ) : Mr. Mrs. Miss

หมายเลขบัตรประชาชน *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ * : เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรสาร : _____ มือถือ * : _____

E-Mail * : _____ Website : _____

1.2 ชื่อ - นามสกุล * (ไทย) : นาย นาง นางสาว

(อังกฤษ) : Mr. Mrs. Miss

หมายเลขบัตรประชาชน *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ * : เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรสาร : _____ มือถือ * : _____

E-Mail * : _____ Website : _____

2. ข้อมูลธุรกิจ

2.1 ประเภทผู้สมัคร * บุคคลธรรมดา ชื่อกิจการ _____

นิติบุคคล ชื่อนิติบุคคล บจ./ บมจ./ หจก. _____

2.2 ทะเบียนการค้าเลขที่ (ถ้ามี) ปีที่จดทะเบียน _____

2.3 ที่ตั้งสถานประกอบการ * : เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ : _____

โทรสาร : _____ มือถือ * : _____

E-Mail * : _____ Website : _____

2. ข้อมูลธุรกิจ (ต่อ)

- 2.4 ชื่อธุรกิจ (Brand) (1) (2)
- 2.5 ประเภทธุรกิจ อาหารและเครื่องดื่ม..... การศึกษา.....
 บริการ..... ความงาม/สปา.....
 ค้าปลีก..... อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 2.6 ธุรกิจของท่านดำเนินการมาแล้ว น้อยกว่า 1 ปี 1-2 ปี 2-3 ปี มากกว่า 3 ปี อื่นๆ (ระบุ).....
- 2.7 ธุรกิจของท่านใช้ระบบแฟรนไชส์ในการบริหาร ใช้ ไม่ใช่ เพราะ
- 2.8 ธุรกิจของท่านมีสาขา (รวมสำนักงานใหญ่) รวมแล้วทั้งสิ้น สาขา
 กรุงเทพมหานคร จำนวน สาขา ต่างจังหวัด จำนวน สาขา ไม่มีสาขา
 ต่างประเทศ จำนวน สาขา (ประเทศ.....)
- 2.9 สาขาที่ท่านดำเนินการอยู่เป็นลักษณะใด สาขาของบริษัท สาขา สาขาแฟรนไชส์ซี สาขา
- 2.10 ท่านมีแผนการขยายสาขาธุรกิจในปีนี้อย่างไร ยังไม่มี มี จำนวน สาขา
- 2.11 ท่านมีแผนการขยายสาขาธุรกิจของท่านในต่างประเทศหรือไม่ ยังไม่มี มี (โปรดระบุประเทศเป้าหมาย)
(1) (2) (3)

3. ข้อมูลอื่นๆ

- 3.1 ท่านมีระบบรองรับธุรกิจแฟรนไชส์ หรือระบบงานสาขาที่บริหารโดยสำนักงานใหญ่
 Software เช่น ระบบ POS, Website People ware ทีมงานจำนวน คน ยังไม่มี
- 3.2 ท่านสามารถเข้าร่วมอบรมได้ตลอดหลักสูตรหรือไม่ ได้ ไม่ได้
- 3.3 ท่านทราบข่าวกิจกรรมนี้ได้อย่างไร :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง และยินดีเข้าร่วมพัฒนาธุรกิจเข้าสู่ระบบแฟรนไชส์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง *

หลักฐานประกอบการสมัคร (กรุณาแนบให้ครบถ้วนเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ กรมขอสงวนสิทธิ์พิจารณาเฉพาะผู้ที่กรอกข้อมูลและส่งเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วนเท่านั้น)

1. ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรม
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
3. หลักฐานการจดทะเบียนพาณิชย์ในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนจัดตั้งบริษัทในกรณีที่เป็นนิติบุคคล
4. หนังสือรับรองจากกิจการ กรณีไม่ได้เป็นเจ้าของกิจการ
5. ภาพถ่ายรูปแบบธุรกิจ
6. ภาพถ่ายของร้านสาขา หรือภาพถ่ายของสาขาแฟรนไชส์ซี

โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครไปยัง

ส่วนส่งเสริมธุรกิจแฟรนไชส์ กองส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า โทรสาร 02 547 5952 หรือ E-Mail: franchisedbd.b2b@gmail.com

ภายในวันที่ 24 พฤศจิกายน 2560 หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่หมายเลข 0 2547 5953