

ใบสมัครเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ “สร้างธุรกิจเข้าสู่ระบบแฟรนไชส์” ในส่วนภูมิภาค” ณ วี-วัน โฮเทล โคราช จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 19 – 23 ธันวาคม 2559 (รวม 5 วัน)

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 :

2. ข้อมูลบริษัท

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 :

3. ข้อมูลธุรกิจ

■ สำนักงาน

3.1 ชื่อธุรกิจ (Brand) (1) (2)

3.2 ประเภทธุรกิจ ร้านอาหาร ร้านเครื่องดื่ม

บริการ ความงาม/สปา

อื่น ๆ โปรดระบุ

3.3 ธุรกิจของท่านดำเนินการมาแล้ว 2 ปี 3 ปี มากกว่า 3 ปี อื่น ๆ ระบุ

3.4 ธุรกิจของท่านใช้ระบบแฟรนไชส์ในการบริหาร ใช่ ไม่ใช่ เพราะ

ข้อมูลธุรกิจ (ต่อ)

■ สาขา

3.5 ธุรกิจของท่านมีสาขา รวมแล้วทั้งสิ้น

กรุงเทพมหานคร จำนวน สาขา ต่างจังหวัด จำนวน สาขา (จังหวัด.....)

ต่างประเทศ จำนวน สาขา (ประเทศ.....) ไม่มีสาขา

3.6 สาขาที่ท่านดำเนินการอยู่เป็นลักษณะใด สาขาของบริษัท สาขา สาขาแฟรนไชส์ สาขา

■ ขยายสาขา

3.7 ท่านมีแผนการขยายสาขาธุรกิจในปีนี้หรือไม่ มี จำนวน สาขา ยังไม่มี

3.8 ท่านมีแผนการขยายสาขาธุรกิจของท่านในต่างจังหวัดหรือไม่ ยังไม่มี มี (1)

2) (3) (4)

4. ทัวไป

4.1 ท่านมีระบบรองรับธุรกิจแฟรนไชส์ หรือระบบงานสาขาที่บริหารโดยสำนักงานใหญ่

Software เช่น ระบบ POS, Website People ware ทีมงานจำนวน คน ยังไม่มี

4.2 ท่านทราบข่าวกิจกรรมนี้ได้อย่างไร :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง และยินดีเข้าร่วมพัฒนาธุรกิจเข้าสู่ระบบแฟรนไชส์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง *

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรม
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
3. หลักฐานการจดทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี)
4. หนังสือรับรองจากกิจการ กรณีไม่ได้เป็นเจ้าของกิจการ
5. ภาพถ่ายรูปแบบธุรกิจ

หมายเหตุ : ผู้สมัครจะต้องเข้ารับการอบรมตลอดหลักสูตร จำนวน 5 วัน (30 ชั่วโมง)

โปรดส่งแบบตอบรับไปยัง ส่วนส่งเสริมธุรกิจแฟรนไชส์ กองส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ
โทรสาร 0 2547 5952 หรือ E-Mail : franchisedbd@gmail.com ภายในวันที่ 13 ธันวาคม 2559
หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่หมายเลข 0 2547 5953