

1. ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ

- 1.1 ชื่อ (ไทย) : ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....นามสกุล.....  
Name (อังกฤษ) : ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Miss.....Surname.....
- 1.2 เลขบัตรประชาชน
- 1.3 ตำแหน่ง ☐ กรรมการ ☐ หุ้นส่วนผู้จัดการ ☐ เจ้าของกิจการ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 1.4 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ : เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน.....  
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....  
E-mail : .....

2. ข้อมูลธุรกิจในระบบแฟรนไชส์

- 2.1 ประเภทธุรกิจ ☐ บริษัทมหาชนจำกัด (บมจ.) ☐ บริษัทจำกัด (บจ.) ☐ ห้างหุ้นส่วนจำกัด (หจ.)  
☐ ห้างหุ้นส่วนสามัญจดทะเบียน ☐ คณะบุคคล ☐ บุคคลธรรมดา
- 2.2 ชื่อกิจการ .....  
ชื่อตราสินค้า (Brand) (กรณีแตกต่างจากชื่อกิจการ) .....
- 2.3 เลขทะเบียนนิติบุคคล / ทะเบียนพาณิชย์
- 2.4 ปีที่จดทะเบียน / ประกอบธุรกิจ.....ปีที่เริ่มทำธุรกิจแฟรนไชส์ .....
- 2.5 ที่ตั้งสถานประกอบการ : เลขที่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....
- 2.6 ประเภทธุรกิจที่บริหารด้วยระบบแฟรนไชส์  
☐ อาหาร/เครื่องดื่ม/เบเกอรี่ ☐ การศึกษา ☐ ค้าปลีก ☐ บริการ  
☐ ความงาม/สปา ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 2.7 จำนวนพนักงาน .....คน



2.8 สาขา รวมทั้งสิ้น .....สาขา

บริหารโดยบริษัท.....สาขา บริหารโดยแฟรนไชส์ซี .....สาขา

2.9 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ธุรกิจแฟรนไชส์ของท่านมี

- ☐ คู่มือการปฏิบัติงาน    ☐ ร้านสาขาดั้งเดิม    ☐ การฝึกอบรม    ☐ แผนการประชาสัมพันธ์    ☐ แผนการตลาด  
☐ ทีมงานสนับสนุน    ☐ เครื่องหมายการค้า ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร    ☐ การวิจัยและพัฒนาสินค้า/บริการ  
☐ กระบวนการควบคุมคุณภาพสินค้า/บริการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและยินดีเข้าร่วมโครงการยกระดับมาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจแฟรนไชส์ ภายใต้โครงการยกระดับมาตรฐานธุรกิจแฟรนไชส์ ประจำปีงบประมาณ 2560

**เอกสารประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการ**

(ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านมี เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ)

- ☐ หนังสือรับรองนิติบุคคล/ทะเบียนพาณิชย์  
☐ แผนที่สถานประกอบการ  
☐ เอกสารแนะนำ ประชาสัมพันธ์ (โบรชัวร์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทอื่น)  
☐ เอกสารประกอบอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาคัดเลือก เช่น โครงสร้างองค์กร ฯลฯ

ลงชื่อ.....  
( ..... )  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ ...../...../ 2560

**สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการ :**

- ได้รับการเชิดชูเกียรติ โดยได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า
- ได้รับโอกาสพิเศษในการเข้าร่วมงานแสดงสินค้าหรืองานแสดงธุรกิจของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า หรืองานอื่น ๆ ที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงพาณิชย์จัดขึ้น
- ได้รับอนุญาตให้สามารถนำเครื่องหมายเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจในระบบแฟรนไชส์ไปใช้ในการประชาสัมพันธ์กิจการ
- ได้รับการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์และกิจกรรมต่าง ๆ ของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า อาทิ เว็บไซต์กรมฯ วารสารต้นสายปลายทางธุรกิจ ช่องทางอื่น ๆ เป็นต้น

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม :**

- กองส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์  
โทรศัพท์ 0 2547 5953 โทรสาร 0 2547 5952 E-mail : franchisedbd@gmail.com  
(คุณกิจติญา วงษ์เนตร์)
- ที่ปรึกษาโครงการ บริษัท ควอลิตี้ไฟกัส จำกัด  
โทรศัพท์ 0 2966 6256, 0 2966 5498 โทรสาร 0 2966 5459 E-mail : franchiseqf@hotmail.com  
มือถือ 081-172-0110 (คุณคัมภีร์ ศรีนรา), 089-785-6614 (คุณอัจฉราวรรณ สุทธภักติ)