

1. ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ

1.1 ชื่อ (ไทย) : นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....

1.2 เลขบัตรประชาชน.....

1.3 ตำแหน่ง กรรมการ หุ่นส่วนผู้จัดการ เจ้าของกิจการ อื่นๆ (ระบุ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ : เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

E-mail : Line ID

1.4 ท่านสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมในวันพฤหัสบดีที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563 ณ ศูนย์ฝึกอบรมพัฒนาธุรกิจการค้า ชั้น 6

เข้าร่วมกิจกรรม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

1.5 ผู้ติดตามเข้าร่วมอบรม

● ชื่อ - นามสกุล เบอร์ติดต่อ

● ชื่อ - นามสกุล เบอร์ติดต่อ

2. ข้อมูลธุรกิจ

2.1 ประเภทธุรกิจ บริษัทมหาชนจำกัด บริษัทจำกัด ห้างหุ้นส่วนจำกัด

ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล คณะบุคคล บุคคลธรรมดา

2.2 ชื่อกิจการ.....

ชื่อตราสินค้า (Brand) (กรณีแตกต่างจากชื่อกิจการ)

จัดทะเบียนเครื่องหมายการค้า ปี..... ไม่ได้จดทะเบียนฯ อยู่ระหว่างยื่นจดทะเบียนฯ

2.3 เลขทะเบียนนิติบุคคล / ทะเบียนพาณิชย์

2.4 ปีที่จดทะเบียน / ประกอบธุรกิจ..... ปีที่เริ่มทำธุรกิจ.....

2.5 ที่ตั้งสถานประกอบการ : เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

2.6 ประเภทธุรกิจที่บริหาร

ค้าปลีก ความงามและสปา อาหาร บริการ การศึกษา เครื่องดื่ม

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.7 เคยการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาธุรกิจแฟรนไชส์จากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า

ผ่านหลักสูตร Franchise B2B รุ่น.....

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจแฟรนไชส์ Franchise Standard ปี.....

ร่วมกิจกรรมสร้างโอกาสทางการตลาดธุรกิจแฟรนไชส์ในประเทศ/ต่างประเทศ ไม่เคย

2.8 ธุรกิจของท่านดำเนินการบริหารจัดการในรูปแบบระบบแฟรนไชส์

บริหารกิจการในรูปแบบธุรกิจแฟรนไชส์

ไม่บริหารกิจการในรูปแบบธุรกิจแฟรนไชส์

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

ยกระดับธุรกิจสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจแฟรนไชส์ ประจำปี 2563

DBD Franchise Standard

3. ข้อมูลด้านการลงทุนธุรกิจในระบบแฟรนไชส์ (ธุรกิจที่บริหารกิจการในรูปแบบระบบแฟรนไชส์ จะต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้)

- 3.1 สาขา รวมทั้งสิ้น.....สาขา
- 3.2 บริหารโดยบริษัท.....สาขา / บริหารโดยแฟรนไชส์ซี.....สาขา
- 3.3 งบประมาณเงินลงทุนเริ่มต้น (Initial Investment) ต่อ 1 สาขา.....บาท
- 3.4 จำนวนพนักงานต่อสาขา.....คน พื้นที่ที่ต้องการสำหรับ 1 สาขา.....ตารางเมตร
- 3.5 ค่าธรรมเนียมรายปีการใช้สิทธิ (Royalty Fee)..... บาท ต่อระยะเวลาเดือน
- 3.6 ค่าบริหารการตลาด (Marketing Free)บาท / % ต่อ ปี / เดือน
- 3.7 ปัจจุบันมีการเก็บค่าแฟรนไชส์แรกเข้า (Franchise Fee).....บาท
- 3.8 ระยะเวลาในการคืนทุนประมาณ.....เดือน / ปี
- 3.9 พื้นที่ ที่ต้องการสำหรับ 1 สาขา.....ตารางเมตร
- 3.10 สัญญา / ข้อตกลงแฟรนไชส์กำหนดระยะเวลา.....ปี
- 3.11 ระยะเวลาในการอบรมแฟรนไชส์ซี ก่อนเปิดสาขาได้จริง ใช้เวลา.....วัน / สัปดาห์
- 3.12 มีการอบรมการทำงานในพื้นที่จริง.....วัน/ สัปดาห์

4. ข้อมูลด้านการเงินและค่าใช้จ่าย (ธุรกิจที่บริหารกิจการในรูปแบบระบบแฟรนไชส์ จะต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้)

- 4.1 โดยเฉลี่ยยอดขายต่อปี (ภาพรวมธุรกิจ) อยู่ที่ประมาณ.....บาทต่อปี
- 4.2 ประมาณการยอดขายของร้านแฟรนไชส์ซี 1 ร้านต่อเดือน.....บาท
- 4.3 ต้นทุนสินค้า / บริการ ของท่านประมาณกี่เปอร์เซ็นต์.....%
- 4.4 อัตรากำไรขั้นต้น.....% อัตรากำไรสุทธิ..... %
- 4.5 งบประมาณโฆษณาประชาสัมพันธ์..... % ของยอดขาย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมยกระดับมาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจแฟรนไชส์ ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพและสร้างโอกาสทางการตลาดธุรกิจแฟรนไชส์สู่สากล ปีงบประมาณ 2563

เอกสารประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- แผนที่สถานประกอบการ
- เอกสารแนะนำ ประชาสัมพันธ์ (โบรชัวร์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทอื่น)
- เอกสารประกอบอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาคัดเลือก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

รายละเอียดการอบรม และกิจกรรมต่างๆ ตามเอกสารแนบ ดังนี้

1. รายละเอียดกำหนดกิจกรรมสร้างองค์ความรู้เกณฑ์มาตรฐาน (วันที่ 5 มีนาคม 2563)
2. รายละเอียดกิจกรรมในโครงโครงการฯ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม :

- ส่วนส่งเสริมธุรกิจแฟรนไชส์ กองส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
โทรศัพท์ 0 2547 5953 โทรสาร 0 2547 5952 E-mail : franchisedbd@gmail.com
- ที่ปรึกษาโครงการ บริษัท ควอลิตี้ โฟกัส จำกัด โทรศัพท์ 0 2966 6256, 0 2966 5498, 0 2966 5459
E-mail : franchiseqf@hotmail.com คุณอัจฉรวรรณ สุทรภักดี (089-785-6614) คุณคัมภีร์ ศรีนรา (081-172-0110)