



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ

“ยกระดับมาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจในระบบแฟรนไชส์”

ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการและสร้างโอกาสทางการตลาดธุรกิจแฟรนไชส์ ปีงบประมาณ 2559

1. นิติบุคคล ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล ห้างหุ้นส่วนจำกัด บริษัทจำกัด

เลขทะเบียนนิติบุคคล

2. บุคคลธรรมดา ชื่อกิจการ.....

3. ชื่อแบรนด์

4. ที่ตั้ง เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

E-mail ของนิติบุคคล.....

5. ปีที่เริ่มจัดตั้งธุรกิจ ปีที่เริ่มทำระบบธุรกิจแฟรนไชส์

6. จำนวนพนักงานคน

7. จำนวนสาขา รวมทั้งสิ้น.....สาขา

▪ บริหารโดยบริษัท.....สาขา

▪ บริหารแฟรนไชส์ซี.....สาขา

8. ข้อมูลผู้เข้าร่วมสัมมนา

ชื่อ (นาย /นาง / นางสาว)นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail..... ID Line.....

9. ประเภทธุรกิจ

การศึกษา ความงามและสปา ค้าปลีก

บริการ อาหารและเครื่องดื่ม อื่นๆ (โปรดระบุ)

10. โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่ธุรกิจแฟรนไชส์ของท่านมี

คู่มือการปฏิบัติงาน

แผนการประชาสัมพันธ์/แผนการตลาด

ร้านสาขาดั้งแบบ

การฝึกอบรม

เครื่องหมายการค้า ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร

ทีมงานสนับสนุน

กระบวนการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานสินค้า/บริการ

การวิจัยและพัฒนาสินค้า/บริการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและยินดีเข้าร่วมยกระดับมาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจในระบบแฟรนไชส์

ปีงบประมาณ 2559

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

โปรดส่งแบบตอบรับภายในวันอังคารที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กองส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า โทรศัพท์ 02 547 5953 โทรสาร 02 547 5952

Email: franchisedbd@gmail.com (คุณทิพย์ธัญนันต์)

ที่ปรึกษาโครงการ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ มหาวิทยาลัยเนชั่น

โทรศัพท์ 02 338 3861 หรือ 081 358 4786 โทรสาร 02 338 3871 Email: franchise@nation.ac.th (คุณเกษตร)