

โปรดให้ข้อมูลที่จริงเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการปฏิบัติงานและการปรับปรุงการให้บริการ
ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในทางอื่น โดยไม่ได้รับอนุญาตจากท่าน

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่สมัครเข้ารับบริการ.....ชื่อกิจกรรม/โครงการ.....
 หลักสูตร/เรื่องที่ให้บริการ.....ระหว่างวันที่.....
 หน่วยงานดำเนินการ.....พื้นที่บริการ (จังหวัด).....
 ภายใต้กิจกรรม digital

ส่วนที่ 1. ข้อมูลผู้รับบริการ (ชื่อผู้รับบริการและเป็นผู้ที่จะนำไปจัดเก็บผลการประเมิน) □□-P□□□□□

1.1 ชื่อ* นาย นาง นางสาวนามสกุล*.....
 เลขบัตรประชาชน* - - - - - ปี พ.ศ. เกิด*.....
 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน* เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์*.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :.....
 ที่อยู่ติดต่อได้ (กรณีที่อยู่เดียวกันกับบัตรประชาชนเข้าไปข้อ 1.2) เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานใน ส่วน/ฝ่าย/แผนก ตำแหน่ง.....

1.2 ระดับการศึกษา*

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา หรือ ปวส. หรือ ปวช.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโทหรือสูงกว่า

1.3 สถานภาพหรืออาชีพของ *
 ท่านในปัจจุบัน
 (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการ SMEs	<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชน	<input type="checkbox"/> นักออกแบบผลิตภัณฑ์อิสระ
<input type="checkbox"/> ทายาทธุรกิจ SMEs	<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการ OTOP	<input type="checkbox"/> นักออกแบบผลิตภัณฑ์ในโรงงาน
<input type="checkbox"/> พนักงานหรือลูกจ้างบริษัท	<input type="checkbox"/> สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน	<input type="checkbox"/> นักศึกษา
<input type="checkbox"/> ที่ปรึกษา	<input type="checkbox"/> ทายาทวิสาหกิจชุมชน	<input type="checkbox"/> ผู้ที่เพิ่งจบการศึกษา
	<input type="checkbox"/> ราษฎร	<input type="checkbox"/> ผู้ว่างงาน
		<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

1.4 วัตถุประสงค์ที่เข้ารับบริการ
 ปรึกษาแนะนำ
 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อพัฒนาธุรกิจในเรื่องใด <input type="checkbox"/> ปรับปรุงกระบวนการผลิตโดยทั่วไป <input type="checkbox"/> เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตด้วยระบบอัตโนมัติ <input type="checkbox"/> เพิ่มผลผลิตการผลิตด้วย LEAN <input type="checkbox"/> บริหารจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ <input type="checkbox"/> บริหารจัดการด้านการเงิน/การบัญชี <input type="checkbox"/> บริหารจัดการด้านการตลาด <input type="checkbox"/> ขยายตลาด <input type="checkbox"/> บริหารจัดการด้านโลจิสติกส์ <input type="checkbox"/> บริหารจัดการด้วย IT/Digital <input type="checkbox"/> บริหารจัดการความรู้ขององค์กร <input type="checkbox"/> แผนธุรกิจ <input type="checkbox"/> รวมกลุ่ม (Cluster) <input type="checkbox"/> สร้างเครือข่าย (Networking) <input type="checkbox"/> เตรียมการขอรับรองมาตรฐาน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ในเรื่องใด <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ (New Product) พร้อมบรรจุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ (New Product) อย่างเดียว <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์เดิม (Product Development) พร้อมบรรจุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์เดิม (Product Development) อย่างเดียว <input type="checkbox"/> พัฒนารรจภัณฑ์ <input type="checkbox"/> พัฒนาคราสินค้า <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์เชิงนวัตกรรม <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
--	---

1.5 วัตถุประสงค์ที่เข้ารับบริการ ที่อบรม/สัมมนา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<ul style="list-style-type: none"> ● เพิ่มพูนความรู้ด้าน <input type="checkbox"/> กระบวนการผลิต <input type="checkbox"/> ทักษะการผลิต <input type="checkbox"/> บ่มเพาะธุรกิจ <input type="checkbox"/> CAD/CAM/CAE <input type="checkbox"/> ตั้งธุรกิจใหม่ <input type="checkbox"/> ขยายธุรกิจเดิม <input type="checkbox"/> เทคโนโลยีการผลิต <input type="checkbox"/> เทคโนโลยีสารสนเทศ <input type="checkbox"/> พัฒนาผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> เชื่อมโยงธุรกิจ <input type="checkbox"/> ขยายตลาดในประเทศ <input type="checkbox"/> ขยายตลาดต่างประเทศกลุ่ม AEC <input type="checkbox"/> ขยายตลาดต่างประเทศนอกกลุ่ม AEC <input type="checkbox"/> พัฒนาวัตถุดิบ <input type="checkbox"/> จับคู่ธุรกิจ <input type="checkbox"/> ออกงานจำหน่ายสินค้า <input type="checkbox"/> มาตรฐานอุตสาหกรรม..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> บริหารจัดการ <input type="radio"/> ด้านทรัพยากรมนุษย์ <input type="radio"/> ด้านการเงิน/การบัญชี <input type="radio"/> ด้านการตลาด <input type="radio"/> ด้านโลจิสติกส์
1.6 วัตถุประสงค์ที่เข้ารับบริการ บริการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ขอวิเคราะห์ทดสอบ..... <input type="checkbox"/> ขอข้อมูลข่าวสารด้าน..... <input type="checkbox"/> ขอสินเชื่อ.....
1.7 ท่านทราบข่าวโครงการ กิจกรรมนี้จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> ผู้รับบริการเข้ามาติดต่อที่หน่วยงานด้วยตัวเอง <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่หน่วยงานไปเชิญชวนด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่หน่วยงานโทรศัพท์เชิญชวน <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่หน่วยงานส่งจดหมายเชิญชวน <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่หน่วยงานส่ง E-mailเชิญชวน <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านแผ่นป้ายโฆษณา <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์ <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านหนังสือพิมพ์ <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์ <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุ <input type="checkbox"/> ประชาสัมพันธ์ผ่านสมาคม/ชมรม (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> บุคคลใกล้ชิดแนะนำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานประกอบการ รหัสองค์กร (ประเภทหน่วยงาน) □□-□□□□□□

2.1 ชื่อสถานประกอบการ*..... ชื่อเจ้าของสถานประกอบการ (ถ้าคนเดียวกับ ข้อ 2.1 ไม่ต้องกรอก) เลขทะเบียนนิติบุคคล* (ถ้ามี) หรือ เลขบัตรประชาชน - - - - - <input type="checkbox"/> สำนักงานใหญ่ <input type="checkbox"/> รหัสสาขากิจการ (ถ้ามี) ชื่อสาขา (ถ้ามี) เลขทะเบียนโรงงาน (ถ้ามี) ที่อยู่ของสถานประกอบการ* <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกับข้อ 1.1 (ข้ามไปข้อ 2.2) เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... เว็บไซต์.....	
2.2 ประเภทธุรกิจ* การผลิต <input type="checkbox"/> การค้า <input type="checkbox"/> การบริการ <input type="checkbox"/> รหัส TSIC (5 หลัก) □□□□□ (ตรวจสอบได้จาก http://member.dip.go.th/TSIC) ผลิตภัณฑ์/บริการหลัก*.....	
2.3 รูปแบบธุรกิจ*	<input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> ห้างหุ้นส่วนสามัญ <input type="checkbox"/> ห้างหุ้นส่วนจำกัด <input type="checkbox"/> บริษัทจำกัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สำหรับผู้รับบริการ SMEs และผู้ประกอบการ กรุณากรอก ข้อ 3 - 7 ด้วย

3. มูลค่าสินทรัพย์ถาวรจดทะเบียน*..... (บาท) สัดส่วนการถือหุ้น : ไทย..... ต่างชาติ..... เงินลงทุนในเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา (ไม่รวมที่ดิน) ประมาณ.....บาทต่อปี	
4. บุคลากร* จำนวนพนักงานในสำนักงาน.....คน จำนวนคนงาน.....คน	
5. การผลิต*	มูลค่าของเสีย.....บาท/ปี คิดเป็นร้อยละ..... <input type="checkbox"/> ค่าเนิ่นการผลิตเอง ร้อยละ..... <input type="checkbox"/> จ้างผู้อื่นผลิต ร้อยละ..... <input type="checkbox"/> รับจ้างผู้อื่นผลิต ร้อยละ.....

6. ยอดขาย	มูลค่ายอดขายปัจจุบัน..... บาทต่อปี รายได้*.....บาทต่อปี แหล่งตลาด <input type="checkbox"/> ในประเทศ ร้อยละ..... <input type="checkbox"/> ต่างประเทศ ร้อยละ..... มูลค่าการส่งออก.....บาทต่อปี
-----------	---

7. ปัจจุบันกิจการของท่านได้รับการรับรองมาตรฐาน/ระบบคุณภาพของกิจการ/สินค้า/ผลิตภัณฑ์ หรือไม่*

ไม่ได้รับ ได้รับการรับรองมาตรฐาน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)

<input type="radio"/> มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.)	<input type="radio"/> ISO (โปรแกรม).....
<input type="radio"/> Good Manufacturing Practice (GMP)	<input type="radio"/> HACCP <input type="radio"/> ออ. <input type="radio"/> ฮาลาล
<input type="radio"/> Good Agriculture Practice (GAP)	<input type="radio"/> Clean Food Good Taste
<input type="radio"/> มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.)	<input type="radio"/> มาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.)
<input type="radio"/> มาตรฐานการจัดการวิสาหกิจชุมชน (มจก.)	<input type="radio"/> มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ โปรแกรม.....
<input type="radio"/> Geographical Indication (GI)	<input type="radio"/> อื่นๆ (โปรแกรม.....)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่นำมาพัฒนา/ปรับผลิตภัณฑ์เดิมเฉพาะกรณีรับบริการด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์ หรือพัฒนานวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์

3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่จะพัฒนา

ปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิม ระบุชื่อผลิตภัณฑ์..... ประเภทผลิตภัณฑ์.....

<input type="radio"/> มูลค่ายอดขายผลิตภัณฑ์เดิมเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	<input type="radio"/> ราคาขายของผลิตภัณฑ์เดิมต่อหน่วย.....บาท
<input type="radio"/> ต้นทุนผลิตภัณฑ์เดิมต่อหน่วย.....บาท	<input type="radio"/> ปริมาณการขายรวมของผลิตภัณฑ์เดิมโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....หน่วย

ส่วนที่ระบุผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์ที่ต้องการพัฒนาด้วยกระบวนการเชิงนวัตกรรมและเทคโนโลยี

ผลิตภัณฑ์ที่ท่านต้องการนำมาพัฒนาด้วยกระบวนการเชิงนวัตกรรมและเทคโนโลยี คืออะไร

ระบุชื่อผลิตภัณฑ์.....หรือ ระบุชื่อบรรจุภัณฑ์.....

ลักษณะผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์เดิม.....

ราคาขายของผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์เดิม (ถ้ามี หรือเคยวางจำหน่าย).....

ลักษณะผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์ใหม่ที่ต้องการพัฒนา.....

ราคาขายของผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์ใหม่ที่ต้องการ.....บาท

ระบุกระบวนการแปรรูปผลิตภัณฑ์ที่ต้องการพัฒนา หรือรูปแบบของบรรจุภัณฑ์ที่ต้องการออกแบบ

กระบวนการที่ต้องการพัฒนาหรือแปรรูป รูปแบบของบรรจุภัณฑ์ที่ต้องการออกแบบ

.....

.....

.....

ที่มาหรือแนวคิดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือ ออกแบบบรรจุภัณฑ์

.....

.....

.....

.....

***กรุณาระบุรูปภาพผลิตภัณฑ์ที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ (ถ้ามี)**



แบบคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จากไวรัสโคโรนา (COVID-19)

โปรดให้ข้อมูลที่จริงเพื่อประโยชน์ในการตรวจคัดกรองและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา

ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในทางอื่น โดยไม่ได้รับอนุญาตจากท่าน

ชื่อ - สกุล..... เบอร์โทรติดต่อ.....

เกณฑ์การคัดกรอง

มีไข้ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีไข้ (ระบอบอุณหภูมิที่วัดได้.....°C)

ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ | <input type="checkbox"/> ท้องเสีย |
| <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว / หายใจเหนื่อย | <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยตามร่างกาย |
| <input type="checkbox"/> ไอ เจ็บคอ | <input type="checkbox"/> คัดจมูก / มีน้ำมูก |
| <input type="checkbox"/> อาเจียน | |

มีประวัติการเดินทางในช่วงเวลา 14 วัน หรืออย่างไรอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- ไม่มีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ
- มีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ

กรณีระบุประเทศที่เดินทาง.....เดินทางไปวันที่.....เดินทางกลับวันที่.....

เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (ต่างประเทศ)

กรณีระบุประเทศที่เดินทาง.....เดินทางไปวันที่.....เดินทางกลับวันที่.....

อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

กรณีระบุจังหวัดที่อยู่อาศัย.....

มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019