



เฉพาะเจ้าหน้าที่
หมายเลขใบสมัครสทน./...../....
เจ้าหน้าที่รับสมัคร.....
วันที่รับสมัคร.....

ใบสมัครขอรับคู่มือการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(SMEs)ด้วยนวัตกรรมด้านรังสี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอรับคู่มือ (เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดกรอกข้อมูลทุกรายการ)

ชื่อผู้ขอใช้บริการ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....อายุ..... ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... E-mail.....

โทรศัพท์..... มือถือ Line id:.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลธุรกิจ (เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดกรอกข้อมูลทุกรายการ)

1) รูปแบบธุรกิจ
() เจ้าของคนเดียว () หุ้นส่วน/ห้างหุ้นส่วนจำกัด () บริษัทจำกัด () วิสาหกิจชุมชน () กลุ่มเกษตรกร () อื่นๆ (โปรดระบุ)

2) ชื่อองค์กร

ที่อยู่

() ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน

3) เลขสมาชิก สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว).

4) ระยะเวลาในการดำเนินธุรกิจ () ไม่เกิน 1 ปี () มากกว่า 1 ปี เริ่มตั้งแต่ปี.....

5) สัดส่วนการถือหุ้นไทย.....%ต่างชาติ(ถ้ามี)

6) ประมาณการรายได้ในปัจจุบันเฉพาะผลิตภัณฑ์.....(ต่อปี)

7) จำนวนพนักงาน/ลูกจ้าง/สมาชิก.....คน

หมายเหตุ : ปีที่ระบุในหมายเลขใบสมัครใช้เป็นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน)



ส่วนที่ 3 ข้อมูลการขอใช้บริการและรายละเอียดผลิตภัณฑ์

1) ท่านเคยสมัครเข้าร่วมโครงการคุ้มครองการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(SMEs)ด้วยนวัตกรรมด้านรังสี มาก่อนหรือไม่

- () เคย 1. โครงการ.....ปี พ.ศ.....
() ไม่เคย

2) ชื่อผลิตภัณฑ์ / ยี่ห้อหรือตราผลิตภัณฑ์ ที่จะเข้าโครงการ.....

3) รายละเอียดผลิตภัณฑ์ / ส่วนผสมหลักในผลิตภัณฑ์ (เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดกรอกข้อมูลให้ละเอียด)

.....
.....
.....

4) ชนิดของวัสดุที่ใช้ทำบรรจุภัณฑ์ / น้ำหนัก, ปริมาณที่บรรจุต่อชิ้น (เพื่อประโยชน์ของท่านโปรดกรอกข้อมูลให้ละเอียด)

.....
.....
.....

5) อายุการเก็บผลิตภัณฑ์ปัจจุบัน สถานที่เก็บ อุณหภูมิห้อง ตู้เย็น ตู้แช่แข็ง

6) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์ เช่น สีเปลี่ยน , กลิ่นเปลี่ยน , รูปร่างเปลี่ยน , เกิดเชื้อราในผลิตภัณฑ์ , เกิดมอด, เป็นต้น

.....
.....
.....
.....

7) ความต้องการ/วัตถุประสงค์ของ พัฒนาผลิตภัณฑ์ด้วยนวัตกรรมด้านรังสี กับสทน. เช่น แก้ปัญหา หรือ ยืดอายุการเก็บ เป็นต้น

.....
.....
.....
.....

8) ยินดีส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอภายใน () 30 วัน ().....

* ตัวอย่างสามารถนำมาส่งได้ด้วยตนเอง หรือ ทางไปรษณีย์ หรือ ขนส่งเอกชน *

หมายเหตุ : ปีที่ระบุในหมายเลขใบสมัครใช้เป็นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน)



ส่วนที่ 5 ข้อตกลงและเงื่อนไขการรับสิทธิ์ใช้คูปอง

1. คูปองที่ผู้สมัครจะได้รับเป็นการให้บริการงานฉายรังสี งานตรวจวิเคราะห์เชื้อ และงานวิจัยและพัฒนาของ สทท. โดยไม่สามารถนำไปแลกหรือเปลี่ยนเป็นเงินสดได้
2. ผู้สมัครมีสิทธิ์ใช้ 1 สิทธิ์คูปองต่อ 1 ชนิดผลิตภัณฑ์ โดย 1 สิทธิ์คูปองนั้นมีวงเงินสนับสนุนจำนวน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) หากอัตราค่าบริการรวมเกินจำนวนดังกล่าว ผู้สมัครจะต้องชำระค่าบริการเพิ่มตามประกาศอัตราค่าบริการของ สทท. ในรายการให้บริการนั้นๆ
3. ผู้สมัครยินยอมรับภาระความเสี่ยงในความเสียหายใดๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์รวมไปถึงบรรจุภัณฑ์ที่ผ่านกระบวนการรับบริการและจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จาก สทท.
4. สทท. ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับผิดชอบในความเสียหาย ความชำรุด หรือความบกพร่องของผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือโดยทางอ้อมจากการใช้สิทธิ์ในคูปองดังกล่าว
5. การแจ้งผลของการให้บริการใดๆ เป็นเพียงเอกสารซึ่งได้ออกให้แก่ผู้สมัครโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการแจ้งข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เฉพาะตัวอย่างซึ่งผู้สมัครได้นำมาส่งมอบให้ทำการตรวจวิเคราะห์เท่านั้น ไม่ถือเป็นการให้การรับรองอันอาจจะสามารถนำไปขยายผลสรุปการให้บริการหรือนำข้อมูลนี้ไปใช้ ในวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ระบุไว้
6. สทท. ขอสงวนสิทธิ์ที่จะยกเลิกการสนับสนุนผ่านคูปองดังกล่าว หากพบว่าผู้สมัครไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือทำผิดกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือการกระทำละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาของผู้อื่น
7. ผู้ประกอบการสามารถส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ให้กับเจ้าหน้าที่สทท. “ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับแจ้งให้ส่งตัวอย่าง” และเมื่อทดลองเสร็จจะต้องมารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน นับจากได้รับแจ้ง (หากไม่มีการส่ง หรือ มารับ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด เจ้าหน้าที่สทท.สงวนสิทธิ์ในการยกเลิกใบสมัครและทำลายผลิตภัณฑ์ที่ทดลองเสร็จแล้วได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ รวมทั้งเข้าใจและยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไขคูปองการยกระดับขีดความสามารถของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ด้วยนวัตกรรมด้านรังสี

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วัน/เดือน/ปี /...../.....



เฉพาะเจ้าหน้าที่
หมายเลขใบสมัครสทน./...../.....
เจ้าหน้าที่รับสมัคร.....
วันที่รับสมัคร.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่	
ส่วนของ กลุ่ม/ศูนย์ บริการ () ศส. () วพ. () ศูนย์บริการอื่นๆ.....	เจ้าหน้าที่กลุ่ม/ศูนย์ บริการ เจ้าหน้าที่รับเรื่อง:..... วันที่รับเรื่อง:.....
ชื่อ – นามสกุล ของผู้ขอใช้บริการ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ..... ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ผลิตภัณฑ์ ชื่อ / ยี่ห้อ..... บรรจุภัณฑ์..... วัตถุประสงค์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์..... ผลการทดลอง และ/หรือ รายละเอียดการให้บริการจาก กลุ่ม/ศูนย์ เช่น การฉายรังสี การตรวจวิเคราะห์เชื้อ เป็นต้น ค่าใช้จ่าย.....บาท (เพื่อตรวจค่าบริการ) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกิน 20,000 บาทบาท เจ้าหน้าที่ กลุ่ม/ศูนย์ ลงชื่อ วัน/เดือน/ปี /..... /..... เจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาธุรกิจนิวเคลียร์รับเอกสารคืนเมื่องานบริการและวิจัย“โครงการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(SMEs) ด้วยนวัตกรรมด้านรังสี” แล้วเสร็จ ลงชื่อ.....วัน/เดือน/ปี...../...../.....	
หมายเหตุ : ปีที่ระบุในหมายเลขใบสมัครใช้เป็นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม - 30 กันยายน)	