# ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

**หลักสูตร "ที่ปรึกษาด้านการจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทานระดับเฉพาะทาง**

**(Supply Chain Logistics Specialist : SCLS)"**

**ภายใต้โครงการสร้างที่ปรึกษาด้านการจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทาน**

**เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันภาคอุตสาหกรรม**

**จัดโดย สำนักโลจิสติกส์ กรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่**

**กระทรวงอุตสาหกรรม ร่วมกับ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)**

รูปถ่าย
ขนาด 3x4
ซม.
หรือ 1 นิ้ว

---

**<u>การกรอกใบสมัคร</u>**

1. ตอบคำถามทุกข้อที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❑ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
2. อธิบายรายละเอียดให้เข้าใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคำถามที่ต้องการให้อธิบาย

**ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร (เลือกได้เพียง 1 หลักสูตรเท่านั้น)**

- ❑ การบริหารจัดการการผลิตและสินค้าคงคลัง (Production and Inventory Management)
- ❑ การบริหารจัดการคลังสินค้าและการกระจายสินค้า (Warehouse and Distribution Management)
- ❑ การบริหารจัดการการจัดหาและจัดซื้อวัตถุดิบและสินค้า (Sourcing and Procurement Management)
- ❑ การบริหารจัดการการขนส่ง (Transportation Management)

**1. ชื่อ - นามสกุล** ❑ นาย (Mr.) ❑ นาง (Mrs.) ❑ นางสาว (Ms.)

ไทย.....

อังกฤษ.....

**2. วัน เดือน ปีเกิด** วัน / เดือน / ปี (พ.ศ.)...../...../.....อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....นับถือศาสนา.....

**3. สถานที่ติดต่อสะดวก** ❑ ที่ทำงาน ❑ ที่อยู่ปัจจุบัน

**ที่อยู่ที่ทำงาน** (ชื่อหน่วยงาน) .....

เลขที่..... หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail: .....

**ที่อยู่ปัจจุบัน** บ้านเลขที่..... หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail: .....

**บ้านที่อยู่เป็น** ❑ ของตนเอง ❑ อาศัยผู้อื่น ❑ เช่าที่พัก ❑ อื่นๆ.....

**4. สถานภาพ** ❑ โสด ❑ สมรส ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

**5. ชื่อ-นามสกุลคู่สมรส**.....

**อาชีพคู่สมรส** (ถ้ามี) .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

**6. บุคคลที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน**.....

สถานที่.....

โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....

**7. สุขภาพ** ❑ สมบูรณ์/แข็งแรง

❑ เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรค.....เมื่อปี.....

เป็นเวลา.....สถานพยาบาล.....

**8. ประวัติการศึกษา**

**ปริญญาตรี (วุฒิปริญญา)**..... สาขา.....

สถาบันการศึกษา..... ปีที่สำเร็จ.....

**ปริญญาโท**..... สาขา.....

สถาบันการศึกษา..... ปีที่สำเร็จ.....

**อื่น ๆ**..... สาขา.....

สถาบันการศึกษา..... ปีที่สำเร็จ.....

**9. ประวัติการฝึกอบรมหลักสูตรการสร้างนักวินิจฉัย (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. | หลักสูตร | สถาบัน | ระยะเวลา (ชม.) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**10. ประวัติการฝึกอบรมหลักสูตรการสร้างที่ปรึกษา (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. | หลักสูตร | สถาบัน | ระยะเวลา (ชม.) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**11. ประวัติการฝึกอบรมหลักสูตรอื่น ๆ (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. | หลักสูตร | สถาบัน | ระยะเวลา (ชม.) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**12. ประสบการณ์ในการทำงาน (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. – ปี พ.ศ. | ชื่อสถานที่ทำงาน | ตำแหน่งสุดท้าย |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**13. อาชีพปัจจุบัน (เลือกตอบเพียงข้อเดียว)**

❑ นักวินิจฉัย ❑ ที่ปรึกษา ❑ นักวินิจฉัยและที่ปรึกษา

❑ ทำงานประจำ ❑ ธุรกิจส่วนตัว ❑ อื่น ๆ (ระบุ).....

**14. ประสบการณ์ในการทำงาน ด้านวินิจฉัย (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. | ชื่อโครงการ (ถ้ามี) | ชื่อสถานประกอบการ | ระยะเวลา (วัน) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**15. ประสบการณ์ในการทำงาน ด้านที่ปรึกษา (เรียงลำดับจากปัจจุบัน)**

| ปี พ.ศ. | ชื่อโครงการ (ถ้ามี)/ ด้านที่ให้คำปรึกษา | ชื่อสถานประกอบการ | ระยะเวลา (วัน) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**16. ความสามารถหรือความชำนาญพิเศษอื่น ๆ**……

……

**17. ความรู้พื้นฐานทางด้านคอมพิวเตอร์** ❑ **ดีมาก** ❑ **ดี** ❑ **พอใช้**

**18. ความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ**

| ระดับความรู้ ภาษาต่างประเทศ | เขียน | | | อ่าน/ความเข้าใจ | | | พูด | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ดีมาก | ดี | พอใช้ | ดีมาก | ดี | พอใช้ | ดีมาก | ดี | พอใช้ |
| ภาษาอังกฤษ | | | | | | | | | |
| ภาษาญี่ปุ่น | | | | | | | | | |
| อื่นๆ…… | | | | | | | | | |

**19. อธิบายแรงจูงใจที่ต้องการเข้ารับฝึกอบรม รวมทั้งการขยายผลไปสู่ภาคอุตสาหกรรมเมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว**

……

……

……

……

……

……

……

……

……

**20. ข้าพเจ้าขอยืนยันและรับรองต่อสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) (ต่อไปนี้เรียกว่า "สมาคม") ดังต่อไปนี้**

20.1 ข้อมูลที่ให้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าได้รับและอ่านกฎ ระเบียบการและข้อกำหนดต่าง ๆ เกี่ยวกับการฝึกอบรมหลักสูตร "ที่ปรึกษาด้านการจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทานระดับเฉพาะทาง" ภายใต้ **โครงการสร้างที่ปรึกษาด้านการจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทานเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันภาคอุตสาหกรรมระดับเฉพาะทาง** นี้โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ดังกล่าวโดยเคร่งครัด

20.2 ข้าพเจ้าจะยอมรับผลการคัดเลือกเข้าฝึกอบรม โดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ของคณะกรรมการของโครงการ

20.3 ข้าพเจ้าจะเข้ารับการฝึกอบรมจนครบตามหลักสูตรที่กำหนด หากข้าพเจ้าไม่มาเข้ารับการฝึกอบรมจนครบตามหลักสูตรโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรและไม่ได้รับอนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษรจากสมาคมฯ ก่อนแล้ว **ข้าพเจ้ายินดีและยินยอมให้สมาคมฯ ยึดเงินค้ำประกัน เป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท ที่ได้วางค้ำประกันไว้กับสมาคมฯ ทันที**

**เอกสารหลักฐานที่ยื่นพร้อมใบสมัคร**
1. รูปถ่าย ขนาด 3 x4 ซม. หรือ 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาวุฒิการศึกษา
4. หนังสืออนุญาตจากผู้บังคับบัญชา (กรณียังทำงานประจำอยู่)

ลงชื่อ(ลายเซ็น)……..……..ผู้สมัคร
(ตัวบรรจง)……
วันที่สมัคร ……../……..……../…….

ลงชื่อ……..เจ้าหน้าที่รับสมัคร
วันที่รับสมัคร……../……..……../……..

ข้าพเจ้าทราบข่าวการอบรมนี้จาก ❑ หนังสือพิมพ์ ❑ วิทยุ ❑ e-mail
❑ เว็บไซต์ ส.ส.ท. ❑ อื่นๆ (ระบุ).....

**สนใจส่งใบสมัครมายังคุณปิยวรรณ บูรณศิลป์**

ฝ่ายวินิจฉัยและให้คำปรึกษา สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

โทรศัพท์ 02-717 3000 ต่อ 628 โทรสาร 02-719 9489-90

E-mail: piyawan@tpa.or.th