|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ใบสมัครขอรับเงินสนับสนุนโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน” | วันที่  |
| ประเภทผู้ขอรับเงินสนับสนุน :  |  [ ]  ผู้ประกอบการ SMEs |  [ ]  ผู้ประกอบการ Startup |
| พื้นที่ตั้งกิจการ : จังหวัด  |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสมัคร** |

# **ข้อมูลธุรกิจ**

1.1 **ชื่อหน่วยงาน/บริษัท**

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

อีเมล

## **ชื่อผู้ประสานงานโครงการ**

ชื่อผู้ประสานงานโครงการ

เบอร์โทรศัพท์

อีเมล

## **ข้อมูลธุรกิจของผู้สมัคร**

# **ประเภทผู้ขอรับเงินสนับสนุน**

[ ]  ผู้ประกอบการธุรกิจ Startup

 [ ]  ผู้ประกอบการธุรกิจ SMEs

 \*\*ตอบข้อนี้ในกรณีเป็น SMEs เท่านั้น

ท่านได้เป็นสมาชิก ส.อ.ท. หรือไม่

 [ ]  เป็นสมาชิก ส.อ.ท. โปรดระบุกลุ่มสังกัด (กลุ่มสภาจังหวัดหรือกลุ่มอุตสาหกรรม 47 กลุ่ม)

 [ ]  ไม่ได้เป็นสมาชิก ส.อ.ท.

# **ชื่อโครงการที่ขอรับการสนับสนุนจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”**

# **รายละเอียดโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”**

# **ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ขอรับการสนับสนุนจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน” (อธิบายพอสังเขป)**

# **วัตถุประสงค์โครงการ**

# **ขอบเขตและแผนการดำเนินงานเพื่อแสดงแนวทางการใช้เงิน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ขอบเขตและแผนการดำเนินงาน****(ตามระยะเวลาโครงการ)** | **ปี ...........** | **ปี ...........** | **ปี ...........** |
| **Q1** | **Q2** | **Q3** | **Q4** | **Q1** | **Q2** | **Q3** | **Q4** | **Q1** | **Q2** | **Q3** | **Q4** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **งบประมาณ**

จำนวนที่ขอรับจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **กิจกรรม** | **จำนวนรวมทั้งสิ้น (บาท)** | **จำนวนเงินที่ขอสนับสนุนจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”****(บาท)** | **จำนวนเงินจากแหล่งทุนอื่น\*****(บาท)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

หมายเหตุ \*Self Funding หรือ แหล่งทุนอื่น โปรดระบุ

# **ประเภทกลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมายเพื่อการประยุกต์ใช้**

# **ผู้ขอรับการสนับสนุนเคยได้รับการสนับสนุนหรือยื่นขอโครงการนี้เพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นหรือไม่ (ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน)**

[ ]  ไม่มี

[ ]  มี โปรดระบุ

ชื่อโครงการ

 ชื่อหน่วยงาน

 กำหนดทราบผล

# **การตรวจสอบทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้อง**

[ ]  ไม่มีการตรวจสอบทรัพย์สินทางปัญญา

[ ]  ตรวจสอบทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว ไม่มีทรัพย์สินทางปัญญา

[ ]  ตรวจสอบทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว มีทรัพย์สินทางปัญญา

 โปรดระบุ

# **กรอบวงเงินโครงการ**

จำนวนที่ขอรับจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **จำนวนเงินที่ขอสนับสนุนจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”****(บาท)** | **จำนวนเงินจากแหล่งทุนอื่น\*****(บาท)** | **จำนวนรวมทั้งสิ้น (บาท)** |
|  |  |  |

หมายเหตุ \*Self Funding หรือ แหล่งทุนอื่น

โปรดระบุ

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2 คำรับรองของผู้สมัคร** |
|  [ ]  ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจในรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมทั้งพิจารณาไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนแล้ว จึงมีความประสงค์ขอรับเงินทุนสนับสนุนจากโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน” โดยจะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามข้อกำหนดของโครงการจนเสร็จสิ้น พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานอย่างเคร่งครัดทุกประการ [ ]  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในเอกสารฉบับนี้รวมถึงเอกสารหลักฐานที่ถูกอ้างอิงถึงมีความถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ………………………………………………ผู้มีอำนาจลงนาม / ผู้รับมอบอำนาจ (…………………………………………………)โปรดประทับตราสำคัญ (ถ้ามี) ตำแหน่ง…………………………………………… วัน/เดือน/ปี พ.ศ. …………………………… (ที่สมัคร) |

# **รายละเอียดเอกสารประกอบการพิจารณา**

**ผู้ขอรับการสนับสนุนจะต้องจัดส่ง**

1. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “กองทุนอินโนเวชั่นวัน”
2. Pitch Deck
3. Screening Checklist ผู้ประกอบการที่ยื่นสมัครเข้าร่วมโครงการ "กองทุนอินโนเวชั่นวัน"
4. เอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม (ถ้ามี)

**ช่องทางการส่งเอกสาร**

E-mail: innovationone@fti.or.th