



COOP-E01

ศูนย์สหกิจศึกษา สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

160 ถ.กาญจนวณิช ต.เขารูปช้าง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา 90000 โทร 074-260276 ต่อ 1784 โทรสาร 074-260230

<http://coop.skru.ac.th> e-mail : coop@skru.ac.th

แบบตอบรับนักศึกษาเข้าร่วมสหกิจศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล : สถานประกอบการ

ชื่อสถานประกอบการ / Employer Name.....

ที่อยู่เลขที่ / Address..... ถนน / Road..... แขวง / ตำบล / Sub-District.....

เขต / อำเภอ / District..... จังหวัด / Province.....

รหัสไปรษณีย์ / Postcode..... โทรศัพท์/Telephone No.....

โทรสาร / Fax No..... E-mail address.....

ประเภทธุรกิจ / Business Type.....

โปรดเขียนเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ท่านมีความประสงค์ดังต่อไปนี้

ไม่ยินดีรับนักศึกษาสหกิจศึกษา

ยินดีรับนักศึกษาสหกิจศึกษาเข้าปฏิบัติงานจำนวน.....คน

1. ชื่อ-สกุล นักศึกษา.....

ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก / ฝ่าย / Department.....

ตำแหน่ง / Position.....

รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ / Work Assignments.....

2. ชื่อ-สกุล นักศึกษา.....

ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก / ฝ่าย / Department.....

ตำแหน่ง / Position.....

รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ / Work Assignments.....

3. ชื่อ-สกุล นักศึกษา.....
ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก / ฝ่าย / Department.....
ตำแหน่ง / Position.....
รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ / Work Assignments.....
.....

4. ชื่อ-สกุล นักศึกษา.....
ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก / ฝ่าย / Department.....
ตำแหน่ง / Position.....
รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ / Work Assignments.....
.....

ผู้ประสานงานของสถานประกอบการ

ชื่อ - นามสกุล/Name.....
ตำแหน่ง / Position..... แผนก / ฝ่าย / Department.....
โทรศัพท์ / Telephone No E-mail.....

วันและเวลาทำงานของนักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

วัน – เวลาทำงาน..... จำนวนชั่วโมงทำงาน..... ชั่วโมง / สัปดาห์
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

สวัสดิการที่ขอเสนอให้นักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

ค่าตอบแทน ไม่มี มี..... บาท / วัน หรือ..... บาท / เดือน
ที่พัก ไม่มี มี ไม่เสียค่าใช้จ่าย
 นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง..... บาทต่อเดือน / วัน

รถรับส่งไปกลับระหว่างสถานประกอบการ ที่พัก และชุมชนใกล้เคียง

ไม่มี มี ไม่เสียค่าใช้จ่าย
 นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง..... บาทต่อเดือน / วัน

สวัสดิการอื่นๆ ถ้ามีโปรดระบุ

.....
.....

ลงชื่อ / Signature.....

(.....)

ตำแหน่ง / Position.....