



**แบบตอบรับเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ
วิทยาลัยโลจิสติกส์และซัพพลายเชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**

(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

ไม่ยินดีเข้ารับนักศึกษาเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

มีความยินดีรับนักศึกษาเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เข้าปฏิบัติงาน จำนวน.....คน

1. ชื่อ - นามสกุล/Name รหัสประจำตัว/ID No.....

ปฏิบัติงานฝึกประสบการณ์วิชาชีพแผนก/ฝ่าย/ Department.....

ตำแหน่ง/Position.....

2. ชื่อ - นามสกุล/Name รหัสประจำตัว/ID No.....

ปฏิบัติงานฝึกประสบการณ์วิชาชีพแผนก/ฝ่าย/ Department.....

ตำแหน่ง/Position.....

3. ชื่อ - นามสกุล/Name รหัสประจำตัว/ID No.....

ปฏิบัติงานฝึกประสบการณ์วิชาชีพแผนก/ฝ่าย/ Department.....

ตำแหน่ง/Position.....

4. ชื่อ - นามสกุล/Name รหัสประจำตัว/ID No.....

ปฏิบัติงานฝึกประสบการณ์วิชาชีพแผนก/ฝ่าย/ Department.....

ตำแหน่ง/Position.....



(ผู้ประสานงานของสถานประกอบการ)

ชื่อ - นามสกุล/Name.....

ตำแหน่ง/Position.....แผนก/ฝ่าย/Department.....

โทรศัพท์/Telephone NoE-mail.....

1. วันและเวลาทำงานของนักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

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

2. สวัสดิการที่ขอเสนอให้นักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

ค่าตอบแทน ไม่มี มีบาท/วัน หรือบาท/เดือนที่พัก ไม่มี มี ไม่เสียค่าใช้จ่าย นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง.....บาทต่อเดือน/วัน

รถรับส่งไปกลับระหว่างสถานประกอบการ ที่พัก และชุมชนใกล้เคียง

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

สวัสดิการอื่นๆ ถ้ามีโปรดระบุ.....

(ประทับตราหน่วยงาน)

ลงชื่อ/Signature.....

(.....)

ตำแหน่ง/Position.....

...../...../.....