



**แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกประสบการณ์วิชาชีพ
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

- ไม่ยินดีเข้ารับนักศึกษาเข้าร่วมฝึกประสบการณ์วิชาชีพ
- ยินดีเข้ารับนักศึกษาเข้าร่วมฝึกประสบการณ์วิชาชีพ 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.....

(ต่อด้านหลัง)



แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกประสบการณ์วิชาชีพ (ต่อ)

(ผู้ประสานงานของสถานประกอบการ)

ชื่อ - นามสกุล/Name.....

ตำแหน่ง/Position.....

โทรศัพท์/Telephone No.....E-mail address.....

1. วันและเวลาทำงานของนักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

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

2. สวัสดิการที่ขอเสนอให้นักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

ค่าตอบแทน ไม่มี มีบาท/วัน หรือ มี.....บาท/เดือน

ที่พัก ไม่มี มี

(กรณีมีที่พัก) ไม่เสียค่าใช้จ่าย

นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง.....บาท ต่อ เดือน วัน

รถรับส่งไปกลับระหว่างสถานประกอบการ ที่พัก หรือชุมชนใกล้เคียง ไม่มี มี

(กรณีมีรถรับส่ง) ไม่เสียค่าใช้จ่าย

นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง.....บาท ต่อ เดือน วัน

สวัสดิการอื่นๆ ถ้ามีโปรดระบุ.....

.....

โปรดประทับตรา
หน่วยงาน

ลงชื่อ/Signature.....

(.....)

ตำแหน่ง/Position.....

วันที่...../...../.....