



สหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
Cooperative Education Rajamangala University of Technology PhraNakhon
86 ถนนพิษณุโลก แขวงสวนจิตรลดา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทรศัพท์ 02-665-3555 ต่อ 2310 E-mail : coop.bus@rmutp.ac.th
www.facebook.com/buscpce Line ID : co-operative_bus

แบบเสนองานสหกิจศึกษา/แบบตอบรับ

(ผู้ให้ข้อมูล : สถานประกอบการ)

1. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานประกอบการ/หน่วยงาน

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่เลขที่..... ถนน..... ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร.....

ประเภทธุรกิจ จำนวนพนักงานรวม.....คน

ชื่อผู้จัดการสถานประกอบการ/หัวหน้าหน่วยงาน

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง แผนก.....

หากมหาวิทยาลัยฯ ประสงค์จะติดต่อประสานงานในรายละเอียดกับสถานประกอบการ/หน่วยงาน ขอให้

ติดต่อโดยตรงกับผู้จัดการ/หัวหน้าหน่วยงาน ติดต่อกับผู้ประสานงานของสถานประกอบการ

ผู้ประสานงานของสถานประกอบการ ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง แผนก/ฝ่าย

โทรศัพท์ E-mail

2. กรุณายืนยันความประสงค์รับนักศึกษาสหกิจศึกษา

ไม่สามารถรับนักศึกษาเข้าปฏิบัติงาน เนื่องจาก

.....
.....

มีความประสงค์รับนักศึกษาสหกิจศึกษาตามที่มหาวิทยาลัยเสนอมา เป็นจำนวน ราย คือ

1. ชื่อ - นามสกุล รหัสประจำตัว

สาขาวิชา.....คณะ.....

ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก/ฝ่าย ตำแหน่ง.....

รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ

.....
.....

2. ชื่อ - นามสกุล รหัสประจำตัว

สาขาวิชา.....คณะ.....

ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก/ฝ่าย ตำแหน่ง.....

รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ

.....
.....



สหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
Cooperative Education Rajamangala University of Technology PhraNakhon
86 ถนนพิษณุโลก แขวงสวนจิตรลดา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทรศัพท์ 02-665-3555 ต่อ 2310 E-mail : coop.bus@rmutp.ac.th
www.facebook.com/buscpce Line ID : co-operative_bus

3. ชื่อ - นามสกุล รหัสประจำตัว
สาขาวิชา.....คณะ.....
ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก/ฝ่าย ตำแหน่ง.....
รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ

.....
.....

4. ชื่อ - นามสกุล รหัสประจำตัว
สาขาวิชา.....คณะ.....
ปฏิบัติงานสหกิจศึกษาแผนก/ฝ่าย ตำแหน่ง.....
รายละเอียดงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ

.....
.....

3. วันและเวลาทำงานของนักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

วันในการปฏิบัติงาน โปรดระบุวัน (จันทร์-อาทิตย์) เวลาในการปฏิบัติงาน โปรดระบุเวลา
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

4. สวัสดิการที่เสนอให้นักศึกษาในระหว่างปฏิบัติงาน

ค่าตอบแทน มี.....บาท/วัน หรือบาท/เดือน ไม่มี

ที่พัก มี (ไม่เสียค่าใช้จ่าย นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง.....บาท/เดือน) ไม่มี

รถรับส่ง มี (ไม่เสียค่าใช้จ่าย นักศึกษารับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง.....บาท/เดือน) ไม่มี

สวัสดิการอื่น ๆ ถ้ามี (โปรดระบุ เช่น อาหาร ชุดทำงาน)

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลเพื่อยืนยันความประสงค์รับ
นักศึกษา ทางโทรสารหรือส่งคืนนักศึกษาโดยตรง หรือตอบรับ
ทางโทรสาร 0 - 2282 - 9711

ภายในวันที่ ขอขอบคุณ

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....