



Coop 02

โครงการสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Thaksin University Cooperative Education Project

แบบตอบรับนิสิตเข้าปฎิบัติสหกิจศึกษา

ชื่อสถานประกอบการ..... สำนักงานบริการด้านวิชา
 ที่อยู่เลขที่..... ๔๓/๖ หมู่ที่..... ๑ ถนน..... นครินทร์ ซอย..... ๑๘๙๗ ตำบล/แขวง..... ป่าสัก
 อำเภอ/เขต..... เมือง จังหวัด..... สมุทรสาคร รหัสไปรษณีย์..... ๗๐๐๐๐
 โทรศัพท์..... ๐๗๔-๘๙๐๘๗๗ โทรสาร..... ๐๗๔-๘๙๐๘๗๘ E-mail:.....

เรียน หัวหน้าโครงการสหกิจศึกษา

ตามที่สำนักงานสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้ขอความอนุเคราะห์รับนิสิตเข้าปฎิบัติสหกิจศึกษา
 สถานประกอบการ ได้พิจารณาแล้ว

ยินดีรับนิสิตดังรายข้อต่อไปนี้เข้าปฎิบัติสหกิจศึกษา

1. นางสาวจันทร์พัฟ บวร แผนก/หน้าที่ หน่วยการบข (ตรวจสอบ)
2. นางสาวจิตา ทองมูละ แผนก/หน้าที่ หน่วยการซ้าย/เบื้องหลัง
3. แผนก/หน้าที่
4. แผนก/หน้าที่
5. แผนก/หน้าที่
6. แผนก/หน้าที่

ตั้งแต่วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๔

ไม่สามารถรับนิสิตเข้าปฎิบัติสหกิจศึกษาได้

เนื่องจาก

ลงชื่อ.....  (ฝ่ายบุคคล)

(.....(หมายมิชอบ.....เข้าฝึกงาน).....)

ตำแหน่ง..... ผู้จัดการฝ่ายงานบริการด้านวิชา

วันที่..... ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

หมายเหตุ ขอความกรุณาระบุรายละเอียดงานเพื่อมหาวิทยาลัยจะได้เตรียมความพร้อมนิสิตให้ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน

โครงการสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ ๑๔๐ หมู่ที่ ๔ ตำบลบางรูปปั้ง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๗๔๓๑-๗๖๒๙ E-mail : jirattakan1@hotmail.com



โครงการศูนย์กิจกิจกรรมทางวิชาลัยทักษิณ
Thaksin University Cooperative Education Project
รายงานผลการดำเนินงาน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์กิจกิจกรรมทางวิชาลัยทักษิณ
สถานะประจำปี / หน่วยงาน ขอเสนอรายละเอียดงานดังต่อไปนี้

1. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานะประจำปี / หน่วยงาน

ชื่อสถานะประจำปี / หน่วยงาน

(ภาษาไทย) สำนักงานบริการด้านวิชาชีพฯ

(ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่เลขที่ 43/6 หมู่ที่ ~ ถนน นครศรีธรรมราช
อำเภอ เมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 90000

โทรศัพท์ 074-890877 โทรสาร 074-890878

Website

ลักษณะการดำเนินงาน ศึกษาดูร่องรอยในอดีต

ชื่อผู้จัดการสถานะประจำปี/หัวหน้าหน่วยงาน

ชื่อ-สกุล นายมนรุส ใจเพ็ชร์

ตำแหน่ง อธิการบดี โทรศัพท์ โทรสาร

หากมีหัววิชาลัยทักษิณประสงค์จะต้องประสานงาน (การนิเทศงานนิสิตและประสานงานอื่นๆ) ขอให้

() ติดต่อกับผู้จัดการโดยตรง

(✓) มอบหมายให้บุคคลต่อไปนี้ประสานงานแทน

ชื่อ - นามสกุล นายมนรุส ใจเพ็ชร์

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน แพทย์ นางสาวอินราภรณ์

โทรศัพท์ 086-4802719 โทรสาร

E-mail _____

2. คุณสมบัติของนิสิตที่ต้องการ (เพื่อนเติม) รายละเอียดเกี่ยวกับงาน และสวัสดิการที่เสนอให้นิสิต

ความสามารถทางวิชาการหรือทักษะที่นิสิตควรมี

- ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
- ตัวเลข และภาษาอังกฤษ
- ศักยภาพทางภาษา

ข้อกำหนดอื่นๆ (เช่น อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ต้องนำติดตัวไประหว่างปฏิบัติงาน หรืออื่นๆ โปรดระบุ) _____

สวัสดิการที่ขอเสนอให้นิสิตในระหว่างปฏิบัติงาน

ที่พัก ไม่มี มี ไม่เสียค่าใช้จ่าย

นิสิตรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง _____ บาท/เดือน/วัน

รถรับส่งไป-กลับระหว่างสถานประกอบการ ที่พักและชุมชนใกล้เคียง

ไม่มี มี ไม่เสียค่าใช้จ่าย

นิสิตรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง _____ บาท/เดือน/วัน

อาหาร ไม่มี มี _____ มื้อ/วัน

ค่าตอบแทน ไม่มี มี _____ บาท/วัน หรือ บาท/เดือน

สวัสดิการอื่นๆ ถ้ามี โปรดระบุ _____

การแต่งกายในระหว่างการปฏิบัติงาน

ชุดนิสิต แบบฟอร์มตามที่หน่วยงานกำหนด อื่นๆ _____ ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

การไปรายงานตัว

ก่อนการฝึกงาน ในวันที่ _____ วันแรกของการปฏิบัติงาน

3. รายละเอียดเพิ่มเติม

(โปรดระบุมาตรการและแนวทางในการดูแลนิสิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))

- มีการตรวจคัดกรอง ทุก 90 MIN , บนบันทึกประจำวัน
- ห้องน้ำดูแลอย่างดี
- ฉีดวัคซีน


 (ลงชื่อ) นายสมศักดิ์ ตีปรมะเสวีกาล (ผู้ให้ข้อมูล)
 ตำแหน่ง พี่น้องนักเรียน
 วันที่ 20 ก.ย. 2564