



ใบสมัครเข้าร่วมสหกิจศึกษา
ศูนย์ฝึกประสบการณ์วิชาชีพและสหกิจศึกษา คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

รูป
1 นิ้ว

1. ชื่อ – นามสกุลนักศึกษา/Student name
 รหัสประจำตัวนักศึกษา/Student ID หมู่เรียน วท.บ.....
 ภาคในเวลาราชการ ภาคนอกเวลาราชการ หลักสูตร/Program ปี/Years
 สาขาวิชา/Major คณะ/Faculty
 ระดับคะแนนเฉลี่ย/GPAX จำนวนหน่วยกิตสะสม/Total Credits หน่วยกิต/Credits
 อาจารย์ที่ปรึกษา..... อีเมล/e-mail
2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/Address ถนน/Road
 แขวง/ตำบล/Sub-District อำเภอ/เขต/District
 จังหวัด/Province รหัสไปรษณีย์/Postcode
 โทรศัพท์/Telephone No. โทรศัพท์มือถือ/Mobile Phone No.
3. ชื่อ – นามสกุลผู้ปกครอง/Current name เกี่ยวข้องเป็น/Relation
 แขวง/ตำบล/Sub-District อำเภอ/เขต/District
 จังหวัด/Province รหัสไปรษณีย์/Postcode
 โทรศัพท์/Telephone No. โทรศัพท์มือถือ/Mobile Phone No.
4. กิจกรรม/โครงการ/รางวัลที่ได้รับ

ชื่อกิจกรรม	หน่วยงานที่จัด/มอบ	วัน เดือน ปีที่จัด/รับรางวัล

มีความประสงค์จะปฏิบัติสหกิจศึกษา ณ หน่วยงาน ชื่อ.....
 เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าฝ่าย.....
 ชื่อหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าฝ่าย.....
 ปฏิบัติสหกิจศึกษา ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 จำนวนทั้งสิ้นรวม16..... สัปดาห์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นและหลักฐานประกอบที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าพร้อมที่จะปฏิบัติสหกิจศึกษา ตามระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับสหกิจศึกษาของมหาวิทยาลัยและสถานประกอบการอย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ
 (.....)
 นักศึกษา

ลงชื่อ
 (.....)
 อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ
 (.....)
 กรรมการศูนย์ฝึกประสบการณ์วิชาชีพและสหกิจศึกษา

ลงชื่อ
 (.....)
 ประธานหลักสูตร

ส่งคณะวันที่