

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการสหกิจศึกษา

CO-OPERATIVE EDUCATION

สหกิจศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อสถานประกอบการที่ต้องการสมัคร Name of employer		รูปถ่าย Recent Photo of Applicant
สมัครในตำแหน่ง Position sought		
ระยะเวลาปฏิบัติงานสหกิจศึกษา Period of working	จาก From	
ข้อมูลส่วนตัวนักศึกษา (STUDENT PERSONAL DATA)		
ชื่อ-นามสกุล Thai (นาย/นางสาว) _____ Name & Surname English (Mr./Miss) _____ รหัสนักศึกษา (Student identification no.) _____ สาขาวิชา _____ คณะ _____ Department Faculty นักศึกษาชั้นปีที่ _____ เกเรดเฉลี่ยรวม _____ Years in department GPA for all courses completed to date _____ ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาสหกิจฯ (ถ้ามี) _____ Name of Co-op advisor _____ ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาทั่วไป _____ Name of academic advisor _____		
ที่อยู่ติดต่อได้ Address this term		โทรศัพท์ _____ Tel. _____ อีเมล _____ e-mail _____ อื่นๆ _____ Other _____
บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (Emergency case contact to) ชื่อ-นามสกุล _____ ความเกี่ยวข้อง _____ Name & surname Relation โทรศัพท์ _____ อีเมล _____ Tel. e-mail		

สหกิจศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์มือถือ 08-4600-1149 หรือ 09-1421-0065 อีเมล jirasa@kku.ac.th

จุดมุ่งหมายงานอาชีพ (CAREER OBJECTIVES)
ระบุสายงานและลักษณะงานอาชีพที่นักศึกษาสนใจ (Indicate your career objectives, fields of interest and job preference)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร
Applicant
signature

(_____)

วันที่
Date

หมายเหตุ: นักศึกษาโปรดแนบเอกสารดังต่อไปนี้อย่างละ 1 ชุด

- แบบฟอร์มตรวจสอบคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการสหกิจศึกษา
- แบบฟอร์มตรวจสอบการสำเร็จการศึกษา
- สำเนาใบรายงานผลการศึกษา
- ประวัติส่วนตัว (RESUME)

หนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง

CO-OPERATIVE EDUCATION

สหกิจศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้

ปกครองของ นาย/นางสาว รหัสประจำตัว

หลักสูตร สาขาวิชา

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินยอมให้ นาย/นางสาว

ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น เดินทางไปปฏิบัติงานสหกิจศึกษา ณ สถานประกอบการ
ที่.....ซึ่งเป็นรายวิชาหนึ่งในหลักสูตรของคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยออกปฏิบัติสหกิจศึกษาในระหว่าง
วันที่ เดือน พ.ศ.ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.โดยนักศึกษาและผู้ปกครองทราบถึงวัตถุประสงค์ของการไปปฏิบัติงานและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งพร้อมปฏิบัติ
ตามแนวปฏิบัติของคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานสหกิจศึกษา รวมทั้งยอมรับ
ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเสียดังกล่าวด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ โปรดระบุชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ - สกุล ความเกี่ยวข้อง

เบอร์โทรศัพท์..... อีเมล

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ปกครองนักศึกษา

สหกิจศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์มือถือ 08-4600-1149 หรือ 09-1421-0065 อีเมล jirasa@kku.ac.th

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ