



ศูนย์พัฒนาทักษะวิชาชีพนักศึกษา

เอกสารหมายเลข 4

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาตาก

41/1 หมู่ 7 ถนนพหลโยธิน ตำบลไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทรศัพท์ 0-5551-1848/0-5551-5900 ต่อ 322 โทรสาร 0-5551-1848

แบบแจ้งรายละเอียดสถานประกอบการโครงการ

☐

ฝึกสหกิจ

☐

ฝึกงาน

☐

ฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู

ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....(ฝึกสหกิจ/ฝึกงาน)

ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา..... ถึง ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา..... (ฝึกสอน)

(ผู้ให้ข้อมูล : นักศึกษา)

ชื่อ-นามสกุล.....เลขรหัสประจำตัวนักศึกษา.....

ชื่อสถานประกอบการ (ไทย หรือ อังกฤษ).....

ชั้นปีที่ หลักสูตร.....สาขาวิชา.....สาขา.....คณะ.....

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับที่พักระหว่างปฏิบัติงาน ดังนี้

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ชื่อที่อยู่ ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้อง.....

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

แผนที่แสดงตำแหน่งสถานประกอบการ

เพื่อความสะดวกในการนิเทศงานของคณาจารย์ โปรดระบุชื่อถนนและสถานที่สำคัญใกล้เคียงที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

(ลงชื่อ).....

(.....)

นักศึกษาผู้ปฏิบัติงาน