**แบบแจ้งแผนการปฏิบัติสหกิจศึกษา**

(ผู้ให้ข้อมูล : นักศึกษาร่วมกับพนักงานที่ปรึกษา)

|  |
| --- |
| ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว)............................................................................................... รหัสประจำตัว………….......………………....... |
| สาขาวิชา...............................................................................................คณะ................................................................................... |
| เบอร์โทรศัพท์........................................................................ E-mail……….......................………………………….....…......................... |
| ปฏิบัติงานสหกิจศึกษา ณ สถานประกอบการ …………………………………………..………………..................................................................….. |
| ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการปฏิบัติสหกิจศึกษา 16 สัปดาห์ ดังนี้ |

**แผนการปฏิบัติงานสหกิจศึกษา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หัวข้องาน** | | **เดือนที่ 1** | | | | **เดือนที่ 2** | | | | **เดือนที่ 3** | | | | **เดือนที่ 4** | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลงชื่อนักศึกษา | ....................................................... | ลงชื่อพนักงานที่ปรึกษา | ................................................... |
|  | (.....................................................) |  | (.................................................) |
|  | วันที่.........เดือน................พ.ศ........... | ตำแหน่ง | .................................................... |
|  |  |  | วันที่.......เดือน.............พ.ศ........... |

เอกสารส่งคืนคณะที่นักศึกษาสังกัด **ภายในสัปดาห์ที่ 2** ของการปฏิบัติงาน

หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.coop.rmutr.ac.th