คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา SC\_Co-op 05

**แบบรายงานตัวเข้าปฏิบัติงานและแจ้งที่พักระหว่างการปฏิบัติงาน**

**สหกิจศึกษาและการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

**(ผู้ให้ข้อมูล : ผู้ประสานงานสหกิจศึกษาและการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงานของสถานประกอบการ)**

ชื่อสถานประกอบการ / Employer Name.....................................................................................................

ที่อยู่ Address...................................................................................................................................................

รหัสไปรษณีย์ / Postcode.................................โทรศัพท์ / Telephone No.................................................

โทรสาร / Fax No...............................................E-mail address..................................................................

ขอแจ้งให้ทราบว่านิสิต ชื่อ .................................................................รหัสประจำตัว..........................................

สาขาวิชา.............................................................................................................คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา

ได้รายงานตัวเพื่อเข้าปฏิบัติงานสหกิจศึกษาการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงานและการเรียบร้อยแล้ว

ณ วันที่....................................................................

**(ผู้ให้ข้อมูล : นิสิต)**

รายละเอียดเกี่ยวกับที่พักระหว่างปฏิบัติงานสหกิจศึกษาการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน ดังนี้

ชื่อหอพัก/ชื่ออาคาร (ถ้ามี)................................................................................................................................

ที่อยู่เลขที่............................... ถนน ........................................ ตำบล/แขวง...................................................

อำเภอ/เขต.............................................. จังหวัด ........................................ รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์มือถือ......................................................................E-mail..................................................................

**ชื่อ ที่อยู่ ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน**

ชื่อ-สกุล......................................................................................... เกี่ยวข้องกับนิสิต.......................................

ที่อยู่เลขที่............................... ถนน ........................................ ตำบล/แขวง...................................................

อำเภอ/เขต.............................................. จังหวัด ........................................ รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์มือถือ......................................................................E-mail..................................................................

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง**

**ลงชื่อพนักงานที่ปรึกษา**  ...................................................

Supervisor’s Signature (............................................................)

ตำแหน่ง / Position ..................................................................................

 ............./............/..............

**ลงชื่อนิสิต** .....................................................

Student’s Signature (.......................................................)

 ............./............./.............

 (ตำแหน่ง )

วันที่...................................................

**กรุณาส่งเอกสารฉบับนี้ที่ ผู้ประสานงานสาขาวิชา e-mail : ...........@go.buu.ac.th**

**ภายในสัปดาห์ที่ 1 ของการปฏิบัติงานสหกิจศึกษาการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน**

**มอบหมายให้นิสิตเป็นผู้ดำเนินการจัดส่งเอกสาร**