



แบบคำร้องทั่วไป

WUC-001

ศูนย์สหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
Center for Cooperative Education and Career Development Walailak University

วันที่บังคับใช้
18 พ.ย. 53

วันที่ _____

เรื่อง _____

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพ

ด้วยข้าพเจ้า _____ เลขรหัสประจำตัว _____

หลักสูตร _____ สำนักวิชา _____ เบอร์มือถือ _____

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ _____

มีความประสงค์ _____

เนื่องจาก _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

อาจารย์ผู้ประสานงานสหกิจศึกษา	คนบตี
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ความเห็น _____	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ความเห็น _____
ลงชื่อ _____ (_____) วันที่ _____	ลงชื่อ _____ (_____) วันที่ _____
เจ้าหน้าที่สหกิจศึกษา	ผู้อำนวยการ
ความเห็น _____ _____	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ความเห็น _____
ลงชื่อ _____ (_____) วันที่ _____	ลงชื่อ _____ (_____) วันที่ _____

ศูนย์สหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช 80161

โทร. 0 - 7567 - 3181-2, 0 - 7567 - 3174-5 โทรสาร 0 - 7567 - 3114

E - mail: coop@wu.ac.th website : http://coop.wu.ac.th