



แบบแจ้งแผนปฏิบัติงานสหกิจศึกษา

WUC-010
แก้ไขครั้งที่ 1

ศูนย์สหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
Center for Cooperative Education and Career Development Walailak University

วันที่บังคับใช้
20 มี.ค. 2550

กรุณาส่งภายใน สัปดาห์ที่ 3 ของการปฏิบัติงาน

เรียน ศูนย์สหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพ

ชื่อ - นามสกุล _____ รหัสประจำตัว _____

หลักสูตร _____ สำนักวิชา _____

ปฏิบัติงานสหกิจศึกษา ณ สถานประกอบการ _____

ขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับแผนปฏิบัติงานสหกิจศึกษา ดังนี้

แผนปฏิบัติงานสหกิจศึกษา

หัวข้องาน	เดือน.....				เดือน.....				เดือน.....				เดือน.....					
	สัปดาห์ที่				สัปดาห์ที่				สัปดาห์ที่				สัปดาห์ที่					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		

หมายเหตุ หากเนื้อหาไม่พอ กรุณาเขียนต่อในแผ่นใหม่

(ลงชื่อ).....นักศึกษา (ลงชื่อ).....พนักงานที่ปรึกษา
 (.....) (.....)
 วันที่..... ตำแหน่ง.....
 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 http://coop.wu.ac.th