



แบบยินยอมการปฏิบัติงานสหกิจศึกษาจากผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เกี่ยวข้องกับ..... ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

อนุญาตให้ นาย/นาง/นางสาว

รหัสนักศึกษา..... สาขาวิชา.....

คณะ.....

นักศึกษาในการปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการสหกิจศึกษา

ณ (ชื่อหน่วยงาน).....

ที่อยู่.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง

ฝ่ายสหกิจศึกษาและการฝึกงาน กลุ่มส่งเสริมงานวิชาการและการวิจัย

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

โทรศัพท์ 082-8237925

E-mail : ninaeng48@gmail.com