

แบบสำรวจการฝึกประสบการณ์วิชาชีพการบัญชี
(สำหรับหน่วยงาน/สถานประกอบการ)

ชื่อสถานประกอบการ.....
 เลขที่..... หมู่ที่ ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (หน่วยงาน).....

รายชื่อนักศึกษา จำนวน.....คน

- 1.1 ชื่อ - สกุลรหัสนักศึกษา.....
 1.2 ชื่อ - สกุลรหัสนักศึกษา.....
 1.3 ชื่อ - สกุลรหัสนักศึกษา.....
 1.4 ชื่อ - สกุลรหัสนักศึกษา.....
 1.5 ชื่อ - สกุลรหัสนักศึกษา.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (ตัวแทนนักศึกษา).....

วัน เวลา ในการให้นักศึกษาปฏิบัติงาน

- วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา
- วันจันทร์ - วันเสาร์ เวลา.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

รูปแบบในการปฏิบัติงาน

- ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- ปฏิบัติงานนอกหน่วยงาน
- ปฏิบัติงานในและนอกหน่วยงาน

งานที่คาดว่าจะมอบหมายให้นักศึกษาฝึกงานมีส่วนร่วมกับหน่วยงาน

1.
2.
3.
4.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ประทับตราหน่วยงาน (ถ้ามี)

แบบสำรวจการฝึกประสบการณ์วิชาชีพการบัญชี
(สำหรับหน่วยงาน/สถานประกอบการ)

ชื่อสถานประกอบการ.....
 เลขที่..... หมู่ที่ ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (หน่วยงาน).....

รายชื่อนักศึกษา จำนวน.....คน

- 1.1 ชื่อ - สกุล รหัสนักศึกษา.....
 1.2 ชื่อ - สกุล รหัสนักศึกษา.....
 1.3 ชื่อ - สกุล รหัสนักศึกษา.....
 1.4 ชื่อ - สกุล รหัสนักศึกษา.....
 1.5 ชื่อ - สกุล รหัสนักศึกษา.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (ตัวแทนนักศึกษา).....

วัน เวลา ในการให้นักศึกษาปฏิบัติงาน

- วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา
- วันจันทร์ - วันเสาร์ เวลา.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

รูปแบบในการปฏิบัติงาน

- ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- ปฏิบัติงานนอกหน่วยงาน
- ปฏิบัติงานในและนอกหน่วยงาน

งานที่คาดว่าจะมอบหมายให้นักศึกษาฝึกงานมีส่วนร่วมร่วมกับหน่วยงาน

1.
2.
3.
4.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ประทับตราหน่วยงาน (ถ้ามี)