

**หนังสือขออนุญาต****ปฏิบัติสหกิจศึกษาภายนอกสถาบันภายใต้สถานการณ์ COVID-19**

**ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564**

**สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง**

**ส่วนที่ 1 สำหรับนักศึกษา**

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว...........................................................................................................................................................

รหัสนักศึกษา..................... สังกัดคณะ/วิทยาลัย/วิทยาเขต…..……..…………………………………………………………..…..………….
หลักสูตร …….........................................................................................................................................................................

อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่..........ถนน.......................................................................ตำบล/แขวง.......................................อำเภอ/เขต............................................................จังหวัด................................................รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์ ............................. อีเมล์ ................................................................... มีความประสงค์เข้าร่วมปฏิบัติสหกิจศึกษาภายนอกสถาบัน ณ ชื่อสถานที่ ............................................................................................................................................
ที่อยู่ .....................................................................................................................................................................................
ตั้งแต่วันที่………………......…………………………...…….......ถึงวันที่…………………………….……..................................

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิบัติสหกิจศึกษากับหน่วยงานที่ทางคณะ/วิทยาลัย/วิทยาเขตจัดหาให้ ในรูปแบบ work from home หรือสามารถปฏิบัติสหกิจศึกษาในสถานที่ที่ระบุไว้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบถึงสถานการณ์ความรุนแรงและความเสี่ยงของการติดโรค COVID-19 รวมทั้งความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างดี และขอยืนยันการเข้าร่วมปฏิบัติสหกิจศึกษาตามสถานที่และวันเวลาข้างต้น ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงจากการติดโรค COVID-19 และมาตรการการดูแลหรือช่วยเหลือต่างๆ ของทางสถาบัน รวมถึงข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการติดโรคดังกล่าวนอกเหนือจากมาตราการที่ทางสถาบันดำเนินการ จากสถาบันเทคโนโลยี
พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังรวมทั้งจากบุคลากรของสถาบัน

 ลงชื่อ……………………………...…………………….

 (……………………………………..........…………..)

 นักศึกษา

**ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ปกครองของนักศึกษา**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว...................................................................................................................................................

อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่..........ถนน.......................................................................ตำบล/แขวง.......................................อำเภอ/เขต............................................................จังหวัด................................................รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์ .............................................. เป็นผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของนักศึกษาดังกล่าวข้างต้น
โดยเกี่ยวข้องเป็น .............................. ได้รับทราบความประสงค์ของนักศึกษาในการปฏิบัติสหกิจศึกษาภายนอกสถาบัน

 ข้าพเจ้ารับทราบว่านักศึกษาสามารถปฏิบัติสหกิจศึกษากับหน่วยงานที่ทางคณะ/วิทยาลัย/วิทยาเขตจัดหาให้ ในรูปแบบ work from home หรือสามารถปฏิบัติสหกิจศึกษาในสถานที่ที่ระบุไว้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบถึงสถานการณ์ความรุนแรงและความเสี่ยงของการติดโรค COVID-19 รวมทั้งความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างดี และอนุญาตให้นักศึกษาเข้าร่วมปฏิบัติสหกิจศึกษาตามสถานที่และวันเวลาข้างต้น ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงจากการติดโรค COVID-19 และมาตรการการดูแลหรือช่วยเหลือต่างๆ ของทางสถาบัน รวมถึงข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการติดโรคดังกล่าวนอกเหนือจากมาตราการที่ทางสถาบันดำเนินการ จากสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังรวมทั้งจากบุคลากรของสถาบัน

 ลงชื่อ……………………………...…………………….

 (……………………………………..........…………..)

 ผู้ปกครองของนักศึกษา

**หมายเหตุ**: โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองของนักศึกษา พร้อมให้ผู้ปกครองลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

**ส่วนที่ 3 สำหรับหน่วยงานภายนอกที่รับนักศึกษาเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว...................................................................................................................................................

ตำแหน่ง ………………………………………………….. สังกัดหน่วยงาน .........................................................................................

ที่อยู่..............หมู่ที่..........ถนน.......................................................................ตำบล/แขวง.....................................................

อำเภอ/เขต............................................................จังหวัด................................................รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์ ............................. อีเมล์ ................................................................................

 ยินดีให้นักศึกษาดังกล่าวข้างต้นเข้ามาปฏิบัติสหกิจศึกษาในหน่วยงานของข้าพเจ้า ตามสถานที่และวันเวลาที่นักศึกษาระบุ ข้าพเจ้ารับทราบถึงสถานการณ์ความรุนแรงและความเสี่ยงของการติดโรค COVID-19 รวมทั้งความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างดี โดยข้าพเจ้าจะกำกับดูแลการปฏิบัติสหกิจศึกษาของนักศึกษาโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของนักศึกษาเป็นสำคัญ และจะปฏิบัติตามมาตรการของรัฐอย่างเข้มงวด

 ลงชื่อ……………………………...…………………….

 (……………………………………..........…………..)

 ผู้มีอำนาจลงนามของหน่วยงาน