



คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร

140 ถ.เชื่อมสัมพันธ์ แขวงกระทู้มราย เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร 10530 โทรศัพท์ 02-9883655 ต่อ 5103, 5200

หนังสืออนุญาตของผู้ปกครอง

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษา ฝึกงานนอกสถานที่

เรียน คณบดี ผ่านผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร

ข้าพเจ้า (นาย, นางสาว, นาง)..... นามสกุล..... สถานที่ที่สามารถติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์..... มีความสัมพันธ์โดยเกี่ยวข้องกับ..... กับ(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

รหัสประจำตัว..... นักศึกษาคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร ซึ่งอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าอนุญาตให้เข้ารับการฝึกงานโครงการ Student Exchange Program ณ ..... ประเทศ..... ระหว่างวันที่.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้อาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกงานของนักศึกษา มีอำนาจในการควบคุมดูแล (นาย, นางสาว, นาง)..... นามสกุล..... ในระหว่างเวลาที่รับการฝึกงาน ทั้งในด้านระเบียบวินัย การปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัย รวมทั้งการจัดการตามที่เห็นสมควร ข้าพเจ้ายินยอมให้คำรับรองโดยเต็มใจว่าถ้าหาก (นาย, นางสาว, นาง)..... นามสกุล..... ได้รับอุบัติเหตุ หรืออันตรายใดๆ เนื่องจากการฝึกงานซึ่งอาจเกิดขึ้นเพราะเหตุสุดวิสัย หรือเพราะความประมาทเลินเล่อ เกิดจากเครื่องมือ เครื่องใช้ หรือสิ่งแวดล้อมใดๆ ในสถานฝึกงานหรือสถานที่อื่นๆ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกในหรือนอกสถานที่ ข้าพเจ้าจะไม่ดำเนินคดีต่อ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ของสถานที่และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในทางแพ่งและอาญารวมถึงกฎหมายฉบับอื่น อันอาจจะฟ้องร้องได้โดยอาศัยบทบัญญัติของกฎหมายนั้นๆ ด้วย

ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกประเภทของนักศึกษาตลอดระยะเวลาการฝึกงาน และยินยอมชดเชยค่าเสียหายในกรณี (นาย, นางสาว, นาง)..... นามสกุล..... ได้ทำให้เกิดความเสียหายขึ้นแก่ทรัพย์สินที่ใช้ในการฝึกงานโดยพลการ ไม่ว่าจะเป็นอย่างสถานที่ฝึกงาน หรือของมหาวิทยาลัย โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าดำเนินการจำนวนเงิน..... บาท (.....)

โดยโอนเงินผ่านเข้าทางบัญชีกองกลางฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร ชื่อบัญชี นางสาวธัญญาพร ไชยคุณ นางสาวพงษ์ศิวะ โสทธิพันธ์ และนายสิทธิชน รัตนจันทร์ เลขที่บัญชี 406-410534-1 ประเภทออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบึงศรีหนองจอก โดยส่ง “หลักฐานการโอนเงิน” และ “หนังสืออนุญาตของผู้ปกครอง” ฉบับนี้ กลับมายังผู้ดูแลควบคุมการฝึกงาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)



คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร

140 ถ.เชื่อมสัมพันธ์ แขวงกระทู้มราย เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร 10530 โทรศัพท์ 02-9883655 ต่อ 5103, 5200

(ลงชื่อ).....ผู้ดูแลควบคุมการฝึกงาน  
(.....)

ข้าพเจ้ารับทราบการอนุญาตของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม และยินยอมที่จะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร ดังกล่าวข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....นักศึกษาผู้เข้ารับการฝึกงาน  
(.....)

ความคิดเห็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์:

ลงนาม.....

(อาจารย์ สัตวแพทย์หญิง รัชฎาพร ไชยคุณ)

ความคิดเห็นคณบดี:

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ นายสัตวแพทย์ ดร.จตุพร กระจายศรี)

สำหรับเหรียญฝ้ายวิเทศสัมพันธ์: ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการได้รับโอนเงินค่าดำเนินการเป็นเงินทั้งสิ้น.....

(.....) แล้ว เมื่อวันที่.....

\*กรุณาแนบหลักฐานการโอนเงิน สำเนาใบเสร็จรับเงิน และสำเนาการเคลื่อนไหวของบัญชีในท้ายเอกสารฉบับนี้

ลงนาม.....

(.....)