

แบบตอบรับ น.ศ.ฝึกงาน จำนวน 1 ท่าน

2 ข้อความ

Orapin Chaimongkolporn <orapin_ch@minor.com>

20 ธันวาคม 2565 เวลา 15:03

ถึง: "training.eng.nu@gmail.com" <training.eng.nu@gmail.com>, ๖๓๓๖๓๖๓๘ ปฏิภาณ มณีสระ <patikanm63@nu.ac.th>

สำเนา: Kittipun Srilapat <kittipun_sr@minor.com>, Sarut Kongphetsak <sarut_ko@pecandeluxe.co.th>

เรียน ผู้ประสานงาน

ทางบริษัท ฯ ยินดีรับนักศึกษาฝึกงาน จำนวน 1 ท่าน (ตามเอกสารแนบค่ะ)

เรียน คุณปฏิภาณ @๖๓๓๖๓๖๓๘ ปฏิภาณ มณีสระ <patikanm63@nu.ac.th>

เอกสารที่ต้องเตรียมและศึกษาก่อนเข้าโรงงาน รายละเอียดตามไฟล์แนบ

1. รายการเอกสารที่ต้องเตรียม
2. รายการตรวจสอบสุขภาพ

ทั้งนี้ในรายการตรวจสอบสุขภาพขอให้ส่งแกนส่งมาก่อนภายในวันที่ 10 เมษายน 2566 ส่วนเอกสารฉบับจริงให้เตรียมมาในวัน
ปฐมนิเทศได้เลยค่ะ

หากมีข้อสงสัย หรือติดขัดประการใดสามารถสอบถามได้ตามเบอร์ด้านล่างค่ะ

ขอบคุณค่ะ

ORAPIN CHAIMONGKOLPORN

RECRUITMENT AND TRAINING SPECIALIST

T +66(0) 4400 3562 ext.0 M +66(0) 9 8953 6653 E orapin_ch@minor.com

The Minor Food Group PCL., 88 The Parq Building, 11Fl. Ratchadaphisek Road, Klongtoey Subdistrict, Klongtoey District, Bangkok 10110

FACTORY : 9/1 Moo 6 Mittraphap Klangdong Pakchong NakhonRatchasima 30320



เอกสารแนบ 3 ฉบับ

 แบบตอบรับ น.ศ.ฝึกงาน มหาวิทยาลัยนเรศวร.pdf
1023K

รายการตรวจสอบสุขภาพที่สัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ 1.pdf

02 หนังสือตอบรับนิสิตเข้าฝึกงาน

หนังสือตอบรับนิสิตเข้าฝึกงาน
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รอบพิเศษ ๑๓๑๕๗๕/๐

ชื่อสถานประกอบการ..... บริษัท พีเนค เดลuxe (ประเทศไทย) จำกัด

ที่อยู่..... 9/1 ซอยเข้มข้มวังปารุณย์ ถนนพหลโยธิน ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30320

วันที่..... 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

เรื่อง ตอบรับนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เข้าฝึกงานในสถานประกอบการ
เรียน คณบดีคณะวิศวกรรมศาสตร์

ตามหนังสือที่อ้างถึงของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอความอนุเคราะห์ในการรับนิสิตเข้าฝึกงาน
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

การตอบรับนิสิตเข้าฝึกงาน

ไม่สามารถรับนิสิตเข้าฝึกงานได้

ยินดีรับนิสิตเข้าฝึกงาน จำนวน 1 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล..... นางสาวปฏิการ มีอิสระ สาขาวิชา.....
2. ชื่อ-นามสกุล..... สาขาวิชา.....
3. ชื่อ-นามสกุล..... สาขาวิชา.....
4. ชื่อ-นามสกุล..... สาขาวิชา.....
5. ชื่อ-นามสกุล..... สาขาวิชา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(..... กณกิตติพันธ์ ศรีลาพัฒน์)
ตำแหน่ง..... Sr. HR Manager.....



โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ๐๕๕-๐๐๓๕๖๒ โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail:..... orapin_ch @ minor . com คุณอรพิต ฐิระสานนท์.....

หมายเหตุ..... เรือนไขที่จะแจ้งให้คณะวิศวกรรมศาสตร์ ทราบ.....

ขอความกรุณาส่งแบบตอบรับการฝึกงานมายังงานกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ คณะวิศวกรรมศาสตร์

ภายในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566

โทรศัพท์ 055-964015

โทรสาร 055-964000

E-mail : training.eng.nu@gmail.com



064 7578 278



รายการตรวจสุขภาพก่อนเริ่มงานนักศึกษาฝึกงาน
สำหรับหน่วยงานที่สัมผัสผลิตภัณฑ์

รายการตรวจสุขภาพทั่วไป

รหัส

1. ตรวจสุขภาพทั่วไปโดยแพทย์

PE

โดยต้องรับรองในผลการตรวจสุขภาพว่ามีได้เป็นโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติด
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคเท้าช้าง
- โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ

2. ตรวจหาสารเสพติดประเภทยาบ้า

Amphetamine

3. ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

HBsAg

4. ตรวจอุจจาระแบบเพาะเชื้อหาเชื้อพยาธิและไข่พยาธิ

Stool Exam

5. ตรวจอุจจาระแบบเพาะเชื้อหาเชื้อไทฟอยด์และเชื้อ Salmonella

Stool Culture

หมายเหตุ รายการที่ 1-5 สำหรับนักศึกษาฝึกงานที่ปฏิบัติงานในฝ่าย/แผนกที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสผลิตภัณฑ์ในกระบวนการผลิต เช่น พนักงานฝ่ายผลิต, พนักงานฝ่ายประกันคุณภาพ, พนักงานฝ่ายวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์, พนักงานคลังสินค้าห้องเย็น

(นายกิตติพันธ์ ศรีลาพัฒน์)

ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล

คำแนะนำในการกรอกเอกสารคัดกรอง

กรอกข้อมูลของแต่ละบุคคล 1 ต่อ 1

Capture ประวัติการวัคซีนเข็ม 1, 2, 3 จาก App หมอชนะของแต่ละท่าน

TRAVEL & HEALTH HISTORY DECLARATION FORM FOR VISITORS



แบบฟอร์มกำหนดข้อมูลประวัติการเดินทางสุขภาพ

To prevent the spread of COVID-19 in our factory premises and reduce the risk of exposure to factory occupants, we are conducting a simple screening questionnaire. We ask your participation to help us with these precautionary measures to protect you and everyone in the factory.

ชื่อ-นามสกุล / Visitor Name: _____ ชื่อ / Company: _____

เบอร์ติดต่อ / Contact Number: _____ สัญชาติ / Nationality: _____

หน่วยงานต้นสังกัด/Departments (ถ้ามี): _____ หน่วยงานที่เข้ามาปฏิบัติงาน / Date Appointment: _____

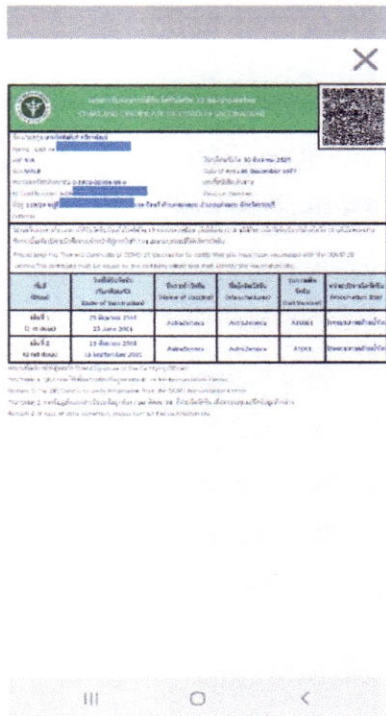
หน่วยงานต้นสังกัด / Name of Company Host: _____ เบอร์ติดต่อ / CONTACT Number: _____

อุณหภูมิร่างกาย / Temperature recorded and Time: _____

- คำแถลง / Declaration**
1. หากมีอาการต่อไปนี้ ในส่วนที่ระบุ X / If you have the following symptoms, please X the relevant box (es)
- ไข้ / Fever
 - ไอแห้ง / Dry Cough
 - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ / Body Aches
 - ปวดศีรษะ / Headaches
 - คอเจ็บ / Sore Throat
 - ภูมิแพ้ / Runny Nose
 - อ่อนเพลีย / Tiredness
 - คลื่นไส้ / Nausea
 - สูญเสียรสชาติหรือกลิ่น / Loss of taste or smell
2. คุณมีอาการหรือสัมผัสกับผู้ป่วย COVID-19 ในรอบ 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่?
Have you been in contact with a confirmed COVID-19 patient in the past 14 days?
 ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
3. คุณมีประวัติเดินทางไปหรือสัมผัสกับพื้นที่เสี่ยงสูงของโรคระบาด เช่น / Have you traveled or traveled to a high-risk area of pandemic zone the territory reported by COVID-19 center / Public Health in each province or reliable source that travel in social media in the past 14 days? (หากใช่ โปรดระบุชื่อประเทศ(ๆ) หรือพื้นที่)
 ใช่ / Yes (ระบุชื่อ) _____ ไม่ใช่ / No
- | ประเทศ | ไป | ไม่ไป |
|------------|----|-------|
| ประเทศไทย | | |
| ต่างประเทศ | | |
| จีน | | |
| อินเดีย | | |
4. คุณมีใบตรวจ ATK RT-PCR หรือเอกสารใบจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ภายใน 72 ชั่วโมง ก่อนที่เข้ามาในโรงงานหรือไม่? / Have you received an ATK RT-PCR test with a certificate from trusted organization within 72 Hours from the date of entering the factory?
 ใช่ / Yes (ระบุแหล่งที่มาจากหน่วยงาน) _____ ไม่ใช่ / No

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้เยี่ยมชมได้กรอกข้อมูลสุขภาพและข้อมูลการเดินทาง / I/My company and agree to the collection, use and disclosure of my personal data, health information and recent travel information for the purpose of screening and screening of COVID-19. ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ แก่บุคคลอื่นใดในบริษัทและผู้เกี่ยวข้อง. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้เยี่ยมชมได้กรอกข้อมูลสุขภาพและข้อมูลการเดินทาง. 1518 01/2021. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้เยี่ยมชมได้กรอกข้อมูลสุขภาพและข้อมูลการเดินทาง.

ลายเซ็น / Signature _____ วันที่ / Date _____ Rev. 04 20.03.21



แบบผลตรวจ ATK ย้อนหลังไม่เกิน 72 ชั่วโมง



นาย _____
วัน / เดือน / ปี _____

TRAVEL & HEALTH HISTORY DECLARATION FORM FOR VISITORS



แบบฟอร์มคำแถลงข้อมูลประวัติการเดินทางและสุขภาพ

To prevent the spread of COVID-19 in our factory premises and reduce the risk of exposure to factory occupants, we are conducting a simple screening questionnaire. We seek your participation to help us with these precautionary measures to protect you and everyone in this factory. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ในโรงงานของเราและลดความเสี่ยงจากการสัมผัสกับผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงงาน โดยให้ท่านทำแบบสอบถามคัดกรองง่าย ๆ ช่วยเราในการดำเนินการป้องกัน เพื่อปกป้องคุณและทุกคนในโรงงานนี้

ชื่อ-นามสกุล / Visitor Name:

บริษัท / Company:

เบอร์ติดต่อ / Contact Number:

สัญชาติ / Nationality:

หน่วยงานที่นัดพบหรือร่วมประชุม / Department to contact:

วันที่นัดพบหรือร่วมประชุม / Date appointment

...../...../..... เวลา/Time

เจ้าหน้าที่บริษัท ที่มาพบ / Name of Company Host:

เบอร์ติดต่อ / Contact Number:

อุณหภูมิที่วัดได้ และเวลาวัด / Temperature Recorded and Time:

คำแถลง / Declaration

1. หากคุณมีอาการดังต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย X / If you have the following symptom(s), please X the relevant box (es)

ไข้ / Fever

ไอแห้ง / Dry Cough

ปวดตามร่างกาย / Body Aches

ปวดศีรษะ / Headaches

เจ็บคอ / Sore Throat

มีน้ำมูก / Runny Nose

อ่อนเพลีย / Tiredness

อื่นๆ / Others สูญเสียการรับรสและได้กลิ่น / Loss of taste or smell

2. คุณได้มีการพบปะ หรือสัมผัสผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

Have you been in contact with a confirmed COVID-19 patient in the past 14 days?

มี / Yes

ไม่มี / No

3. คุณมีการเดินทางไปต่างประเทศ หรือ มีประวัติไปในสถานที่ๆ ผู้ติดเชื้อฯ ระบุไว้ในโซเชียล ตามประกาศของ ศบค. / สาธารณสุขในแต่ละจังหวัด หรือ จากแหล่งข้อมูลที่แชร์ในสื่อออนไลน์ที่เชื่อถือได้ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่? / Have you travel abroad or travel to a high-risk area of pandemic were the timeline reported by COVID-19 center/ Public Health in each province or reliable source that shared in social media in the past 14 days? หากใช่ โปรดระบุประเทศ หรือพื้นที่ / If Yes, please indicate the affected country(s) or area(s)

ใช่ / Yes โปรดระบุ

ไม่ใช่ / No

สถานที่	ใช่	ไม่ใช่
สนามมวย		
สนามแข่งฟุตบอล		
ร้านอาหารโอเค		
โต๊ะสนุกเกอร์		

4. ท่านได้รับการตรวจ ATK/ RT-PCR และมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ภายใน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่เข้าโรงงานหรือไม่? / Have you received an ATK/ RT-PCR test with a certificate from trusted organization within 72 Hours from the date of entering the factory?

มี / Yes โปรดแนบหลักฐานประกอบ

ไม่มี / No

ข้าพเจ้ารับทราบ และตกลงให้บริษัทเก็บ ใช้ รวมไปถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการเดินทางที่ระบุไว้ข้างต้น

I acknowledge and agree to the collection, use and disclosure of my personal data, health information and recent travel

(กรุณากรอกข้อมูลตามความจริงและครบถ้วนสมบูรณ์)

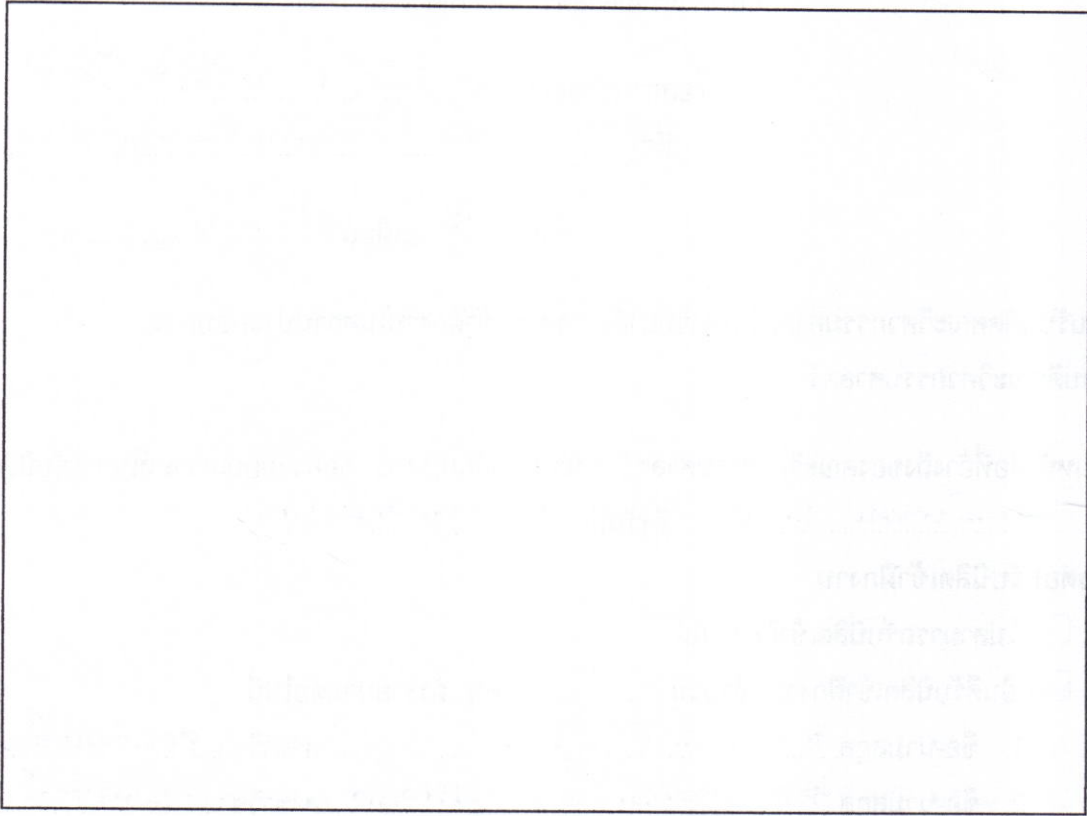
ผู้ได้ปิดบังการเดินทางจากประเทศเสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ไม่รับการรักษา ปกปิดข้อมูล และไม่ยอมกักตัว โทษความผิดตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ 2558 มีความผิด ปรับไม่เกิน 20,000 บาท

ลายเซ็น / Signature

วันที่ / Date

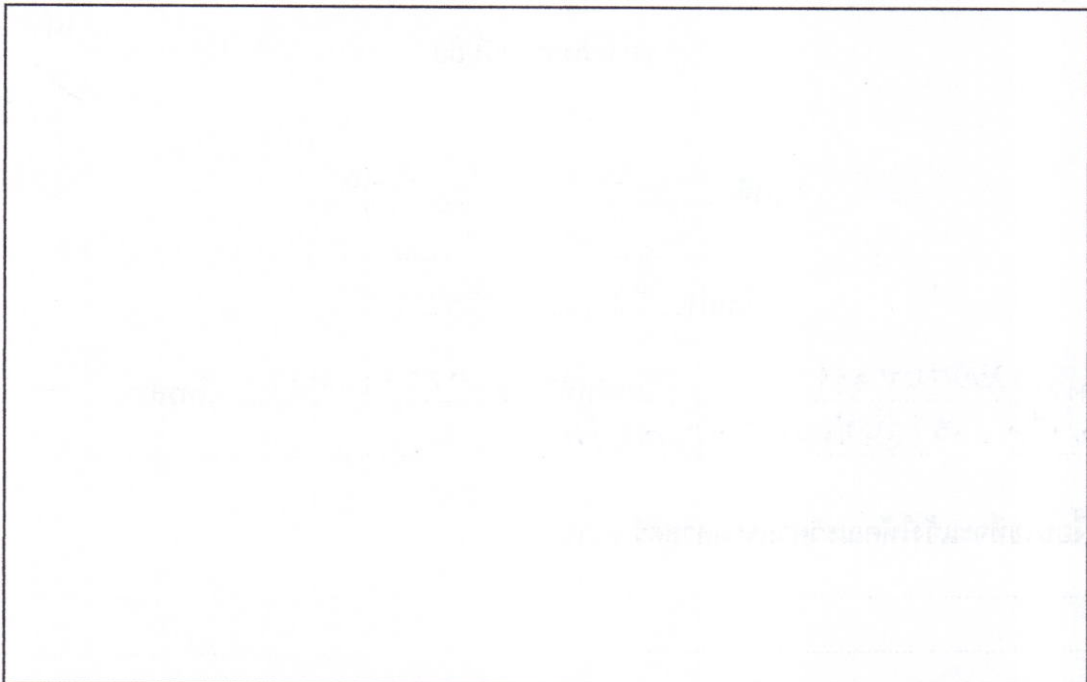
Rev : 06 28.03.22

**Capture ประวัติการรับวัคซีนเข็ม1,2,3,4 จาก
App หมอชนะของแต่ละท่าน**



แบบผลตรวจ ATK ย้อนหลังไม่เกิน 72 ชั่วโมง

**กรณีไม่มีผลตรวจแบบ ผู้ที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ให้บริการในพื้นที่อาคารโรงงาน
หรือสำนักงาน จะต้องทำการตรวจ ATK ก่อนเข้าพื้นที่ทุกครั้ง**





แบบฟอร์ม การไม่เปิดเผยความลับของบริษัท สำหรับนักศึกษาฝึกงานก่อนเข้ารับการฝึกงาน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ นาย / นางสาว _____ นามสกุล _____

นักศึกษาฝึกงานจาก ภาควิชา _____ คณะ _____

ชั้นปีที่ _____ สถาบัน / มหาวิทยาลัย / วิทยาลัย _____

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎระเบียบของบริษัท ว่าด้วยเรื่องต่างๆ ตามเอกสารอ้างอิงใน HR-SOP-008 และจะไม่นำข้อมูลที่เป็นความลับของบริษัท ไปเปิดเผยต่อที่สาธารณะชน หรือนำเสนอต่อสื่อมวลชนต่างๆ ก่อนได้รับอนุญาตโดยเด็ดขาด ถ้ามีการเผยแพร่เอกสารที่เป็นความลับของบริษัท ก่อนได้รับอนุญาต อันอาจจะทำให้เกิดความเสียหาย บริษัทสามารถดำเนินการตามสมควรได้

ลงชื่อ _____
(_____)

นักศึกษาฝึกงาน

ลงชื่อ _____
(_____)

หัวหน้างาน / ผู้ช่วยผู้จัดการ

ลงชื่อ _____
(_____)

ผู้จัดการ

ลงชื่อ _____
(_____)

ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล



แบบฟอร์ม การไม่เปิดเผยความลับของบริษัท สำหรับนักศึกษาฝึกงานก่อนเข้ารับการฝึกงาน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ นาย / นางสาว _____ นามสกุล _____

นักศึกษาฝึกงานจาก ภาควิชา _____ คณะ _____

ชั้นปีที่ _____ สถาบัน / มหาวิทยาลัย / วิทยาลัย _____

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎระเบียบของบริษัท ว่าด้วยเรื่องต่างๆ ตามเอกสารอ้างอิงใน HR-SOP-008 และจะไม่นำข้อมูลที่เป็นความลับของบริษัท ไปเปิดเผยต่อที่สาธารณะชน หรือนำเสนอต่อสื่อมวลชนต่างๆ ก่อนได้รับอนุญาตโดยเด็ดขาด ถ้ามีการเผยแพร่เอกสารที่เป็นความลับของบริษัท ก่อนได้รับอนุญาต อันอาจจะทำให้เกิดความเสียหาย บริษัทสามารถดำเนินการตามสมควรได้

ลงชื่อ _____

(_____)

นักศึกษาฝึกงาน

ลงชื่อ _____

(_____)

หัวหน้างาน / ผู้ช่วยผู้จัดการ

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้จัดการ

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล



บริษัท โมเนอร์ แดรี่ จำกัด



บริษัท โมเนอร์ ซีส จำกัด



บริษัท พีแคน เดอลุกซ์ (ประเทศไทย) จำกัด

9/1 ซ.ชัยจำปา ต.กลางดง

อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา 30320

โทรศัพท์ : 044-003-562



SCAN GOOGLE MAP



แผนที่บ้านและการติดต่อกรณีฉุกเฉิน

1. ชื่อพนักงาน _____ รหัสประจำตัว _____

2. ในกรณีฉุกเฉินโปรดติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

2.1 ชื่อ _____ ความสัมพันธ์ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

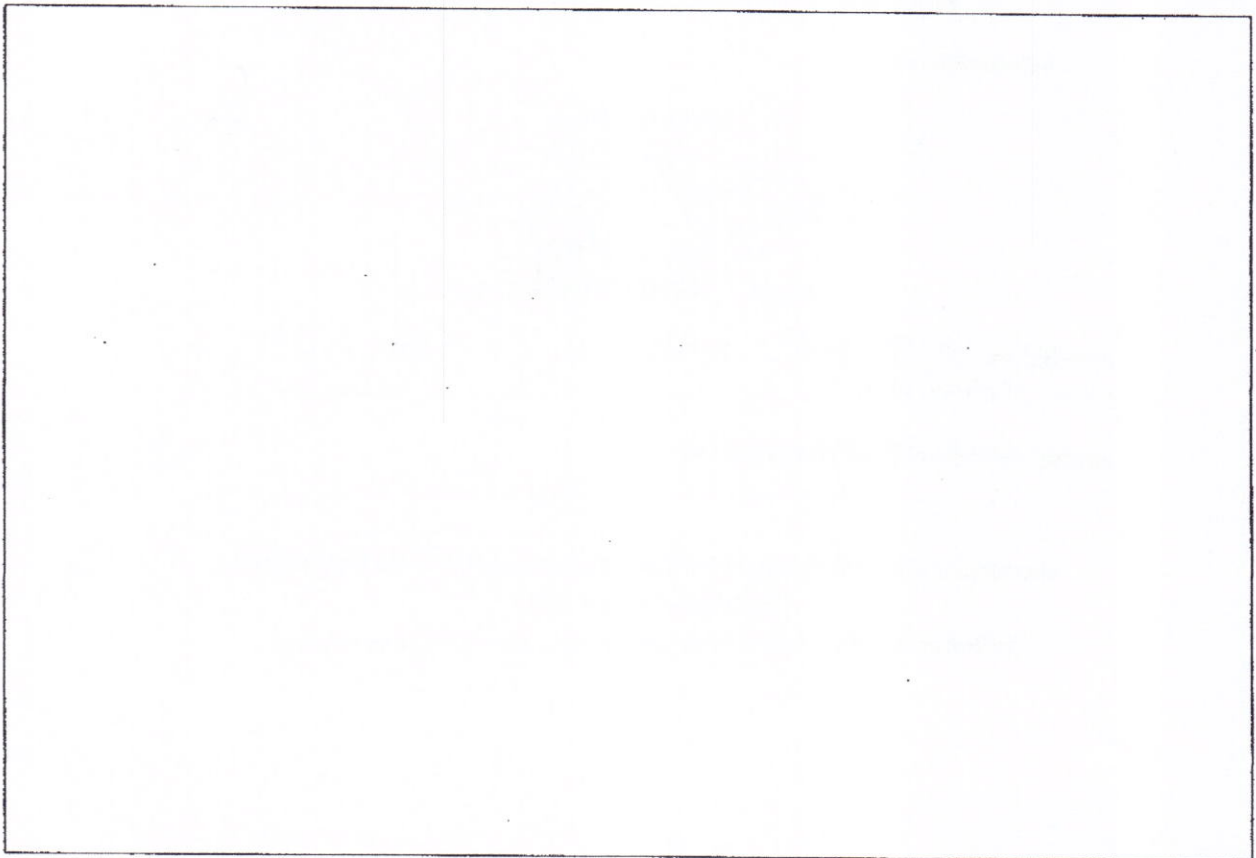
2.2 ชื่อ _____ ความสัมพันธ์ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

3. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____

4. แผนที่แสดงที่อยู่ปัจจุบัน



รายการเอกสารที่ต้องนำมา

No.	รายการ	จำนวน	หน่วย
1	ใบขอส่งตัวเข้ารับการฝึกปฏิบัติงาน (สถาบันการศึกษาต้นสังกัดเป็นผู้ออก)	1	ฉบับ
2	ใบขออนุญาตผู้ปกครองเพื่อเข้ารับการฝึกปฏิบัติงานในสถานประกอบการ (กรณีนักศึกษาอายุไม่ถึง 20 ปี ณ วันที่สมัคร)	1	ชุด
3	ใบสมัครนักเรียน นิสิตนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน พร้อมรูปถ่ายติดใบสมัคร ขนาด 1 นิ้ว	1	ใบ
4	ประวัติส่วนตัวโดยย่อ (Resume) พร้อมรูป	1	ชุด
5	เอกสารใบรับรองผลการเรียนเฉลี่ยสะสมนับถึงภาคการศึกษาสุดท้ายก่อนทำการสมัคร	1	ชุด
6	เอกสารผลการตรวจสุขภาพรายการที่บริษัทฯ กำหนด รับรองโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1	ชุด
7	แบบฟอร์มการไม่เปิดเผยความลับของบริษัท สำหรับนักศึกษาฝึกงานก่อนเข้ารับการฝึกงาน	1	ชุด
8	แบบฟอร์มแผนที่บ้านและการติดต่อกรณีฉุกเฉิน	1	ชุด
9	สำเนาบัตรประชาชน	1	ฉบับ
10	สำเนาทะเบียนบ้าน	1	ฉบับ
11	สำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นิสิตนักศึกษา	1	ฉบับ
12	สำเนาประกาศนียบัตร หรือเกียรติบัตรรับรองผ่านการอบรมหลักสูตร หรือกิจกรรมต่าง ๆ (ถ้ามี)	1	ชุด

หมายเหตุ: รายการที่ 6 ให้สแกนส่งมาที่ orapin_ch@minor.com และวันแรกของการฝึกปฏิบัติงานให้ถือเอกสารตัวจริงมาด้วย