



Tempoh Latihan Internship dari _____ hingga _____
tarikh tarikh

Maklumat Diri

Nama: _____
Universiti: _____
No K/P / Passport: _____
Jantina: _____
Bidang Pengajian: _____
PNGK : _____
Telefon: _____
Email: _____
Tahap Kesihatan : _____



Pengetahuan /
Pengalaman Sedia Ada :
(Komunikasi/ Teamwork) _____

Pengetahuan IT/
Teknologi : _____

- Sila kekilkan resume serta slip keputusan peperiksaan terkini sebagai rujukan.

Tandatangan Pelajar

Nama :
Tarikh :

Sokongan Pengesahan

Saya **MENYOKONG** permohonan pelajar di atas untuk menjalani Internship di CPR, USM bermula pada _____ sehingga _____ kerana telah memenuhi syarat kelayakan yang ditetapkan.

Pengesahan Pegawai Bertanggungjawab

Nama :
Tarikh :
Cop :

Untuk kegunaan CPR, USM

Pengesahan
Permohonan adalah Diluluskan Tidak Diluluskan

Tarikh Melapor Diri _____

Nama Pegawai Seliaan : _____

Nama :
Tarikh :
Cop :