****

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน โทร**

**ที่** อว 660301.6. **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติขึ้นทะเบียนและดำเนินการโครงการวิจัยที่ใช้บริการรักษาพยาบาล

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม)

ข้าพเจ้า...........................................................ตำแหน่ง .......................................สังกัดสาขาวิชา..........................................เบอร์โทรศัพท์มือถือ………………………….E-mail………………………………….ในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง…............................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................

ซึ่งได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารจากคณะกรรมการจริยธรรมเลขที่ HE/AE……………ระยะเวลาตั้งแต่............................ถึง................................................ โดยได้รับ

□ ทุนวิจัย ภายในคณะแพทยศาสตร์

แหล่งทุน □ ฝ่ายวิจัย □ ฝ่ายพัฒนานักศึกษา □ ฝ่ายวิชาการ □ ฝ่ายวางแผนและพัฒนาคุณภาพ

□ ทุนวิจัย ภายนอกคณะแพทยศาสตร์

แหล่งทุน □ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

□ ภาครัฐ □ ในประเทศ □ ต่างประเทศ

□ ภาคเอกชน □ ในประเทศ □ ต่างประเทศ

□ ทุนส่วนตัว □ อื่นๆ ระบุ..............................................................................................

มีความประสงค์ดำเนินโครงการวิจัย โดย □ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ □ ตรวจทางรังสี

□ ตรวจอื่นๆระบุ......................................................................................

มีจำนวนอาสาสมัครในโครงการ.....................ราย

มีการตรวจ/บริการ ระบุ......................................................... จำนวน.......................................รายการ /ครั้ง

รายการตรวจ (หากมีรายละเอียดมาก ให้ทำเอกสารแนบ)............................................................................................................................

เงื่อนไขการชำระเงิน □ ชำระทุก 3 เดือน □ อื่นๆ (แนบบันทึกที่ได้รับอนุมัติจากรองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล)

เงื่อนไขการเรียกเก็บเงิน □ ฝ่ายวิจัยฯ (in-kind)

□ หัวหน้าโครงการวิจัย (กรณีที่ฝ่ายวิจัยฯจัดสรรตัวเงิน (in cash))

□ หัวหน้าโครงการวิจัย (กรณีทุนวิจัยภายนอกภาครัฐ/ อื่นๆ )

ผู้ประสานงานโครงการ(ถ้ามี)......................................................... โทร..................................... E-mail...........................................

เอกสารแนบ □ โครงร่างการวิจัยฉบับผ่านการอนุมัติ EC □ สัญญารับทุนวิจัย

□ รายละเอียดการตรวจ □ อื่นๆ ระบุ...........................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลรายละเอียดที่ได้ระบุไว้เป็นความจริงทุกประการ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.

ลงชื่อ...................................ผู้ยื่นคำขอ (..................................................) | 1. เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัยฯ

ได้ตรวจสอบข้อมูลแหล่งทุนแล้วลงชื่อ.........................................  (น.ส.สุรีรัตน์ ศรีถาพล) | 1. รับรองโครงการวิจัย

ลงชื่อ...................................  (รศ.ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย) รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม |
| 1. □ อนุมัติ □ ไม่อนุมัติเนื่องจาก....................................................

...................................................... ลงชื่อ.......................................  ( ) รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล | 1. งานสารสนเทศ สร้าง Payor โดยระบุสิทธิการรักษาเป็น “สิทธิโครงการวิจัย”

□ ดำเนินการแล้ว□ ยังไม่ดำเนินการ เนื่องจาก................... ลงชื่อ.......................................  | 1. หน่วยเงินรายได้ตรวจสอบ

□ ไม่มียอดค้างชำระ □ มียอดค้างชำระเกิน 90 วันลงชื่อ.......................................  |