



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ | | โทร. | |
ที่..... วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งค่าธรรมเนียมการยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ตามที่ข้าพเจ้า | | หน่วยงาน..... | | ในฐานะที่เป็นหัวหน้า
โครงการวิจัย เรื่อง | | ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย
จาก | | ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดงบประมาณของโครงการวิจัยที่แนบ มีความประสงค์
จะขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ตามรายการดังต่อไปนี้

<p>1. การยื่นขอรับการพิจารณาการวิจัยเป็นครั้งแรก (สำหรับโครงการวิจัยใหม่ เช่น ทางด้านคลินิก ทางด้านสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา ทางด้านRetrospective/ Medical record review/Case report ทางด้าน Specimen และการขอกว้านการพิจารณาจริยธรรม)</p>	<p>2. การยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำหรับโครงการที่ผ่านการรับรองแล้ว (เช่น การขอต่ออายุโครงการวิจัย ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการ ดังนี้ โครงการวิจัย (Protocol Amendment) คู่มือการวิจัย (Investigator’s Brochure) เอกสารคำชี้แจงและแบบยินยอม แบบบันทึกข้อมูล และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร)</p>
<p>1.1 สถานะของผู้วิจัย</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากรภายนอกโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> หน่วยงานเอกชนหรือบริษัท โครงการละ 5,000 บาท <input type="radio"/> มูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรอิสระที่ไม่หวังผลกำไรไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม <input type="radio"/> นักศึกษา บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม <p><input type="checkbox"/> บุคลากรภายในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยได้รับทุนการสนับสนุนจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> หน่วยงานเอกชนหรือบริษัท โครงการละ 5,000 บาท <input type="radio"/> มูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรอิสระที่ไม่หวังผลกำไรไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม <input type="radio"/> หน่วยงานรัฐบาลที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการทำวิจัย เช่น วช. สกอ. สสส. ฯลฯ <p>ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีหรือ ทุนส่วนตัว ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม 	<p>2.1 สถานะของผู้วิจัย</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากรภายนอก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> หน่วยงานเอกชนหรือบริษัท <ul style="list-style-type: none"> () ขอต่ออายุการรับรองโครงการ โครงการละ 1,000 บาทต่อปี () ขอยื่นเรื่องมีการเบี่ยงเบนจากงานวิจัยเดิม โครงการละ 1,000 บาทต่อปี () ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติม โครงการละ 500 บาทต่อครั้ง <input type="radio"/> มูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรอิสระที่ไม่หวังผลกำไรนักศึกษา บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ <ul style="list-style-type: none"> () ขอต่ออายุการรับรองโครงการ ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม () ขอยื่นเรื่องมีการเบี่ยงเบนจากงานวิจัยเดิม ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม () ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติม ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม <p><input type="checkbox"/> บุคลากรภายในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่ได้รับแหล่งทุนจากหน่วยงานหน่วยงานเอกชนหรือบริษัท</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> หน่วยงานเอกชนหรือบริษัท <ul style="list-style-type: none"> () ขอต่ออายุการรับรองโครงการ โครงการละ 1,000 บาทต่อปี () ขอยื่นเรื่องมีการเบี่ยงเบนจากงานวิจัยเดิม โครงการละ 1,000 บาทต่อปี () ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติม โครงการละ 500 บาทต่อครั้ง <input type="radio"/> มูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรอิสระที่ไม่หวังผลกำไรนักศึกษา บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ <ul style="list-style-type: none"> () ขอต่ออายุการรับรองโครงการ ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม () ขอยื่นเรื่องมีการเบี่ยงเบนจากงานวิจัยเดิม ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม () ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติม ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม
<p>โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทยชื่อบัญชี “ เงินสนับสนุนงานวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี” เลขที่บัญชี 111-1-93723-0 เป็นจำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....)</p> <p>โปรดออกใบเสร็จในนาม.....</p>	

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมแล้ว
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการ