



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

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการ