



## แบบฟอร์ม ขอรับทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย

ข้าพเจ้า นพ./พญ./นาย/นางสาว ..... นามสกุล.....  
ตำแหน่ง..... โรงพยาบาล.....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... e-mail.....

เป็นสมาชิกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี  ใช่  ไม่ใช่  
มีความประสงค์จะขอรับทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัยซึ่งข้าพเจ้าเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้  
ชื่อโครงการวิจัย(ภาษาไทย)

ชื่อโครงการวิจัย(ภาษาอังกฤษ)

รายนามผู้ร่วมวิจัย

ระยะเวลาดำเนินงาน..... งบประมาณที่เสนอขอ..... บาท

ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือไม่

ได้รับ  ไม่ได้รับ

ข้าพเจ้าขอแจ้งให้สมาคมอุรเวชช์ฯ ทราบ

ไม่ได้ขอรับทุนสนับสนุนจากที่อื่น  อยู่ในระหว่างการขอรับทุนสนับสนุนจากที่อื่นด้วยแต่  
ยังไม่ทราบผล

ได้รับทุนสนับสนุนจากที่อื่นแล้วเป็นจำนวน..... บาท

โดยคาดการณ์งบประมาณที่ต้องใช้เพื่อการวิจัยเป็นจำนวนเงิน..... บาท

ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่ได้รับทุนซ้ำซ้อนและที่เพียงพอต่อการดำเนินการวิจัย ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรับทุนจาก  
สมาคมฯ และยินดีคืนเงินสนับสนุนทุนดังกล่าวในส่วนที่ได้รับไปแล้วคืนให้แก่สมาคมฯ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับทุน)

(.....)

วันที่...../...../.....

**สำหรับคณะกรรมการการวิจัยสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์**

อนุมัติ จำนวนเงิน..... บาท  ไม่อนุมัติ

ลงชื่อคณะกรรมการสมาคมฯ

.....

ประธานวิชาการและวิจัย

เลขธิการสมาคม

นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ