|  |  |
| --- | --- |
|  | บันทึกข้อความ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |

**หน่วยงาน** ..................................................................... **โทรศัพท์** ............................. **โทรสาร** …….......................

**ที่** ...................................................................................**วันที่**………..........................................................................

**เรื่อง** ขออนุญาตเก็บข้อมูล/เก็บตัวอย่าง/ใช้ครุภัณฑ์/ใช้สถานที่เพื่อการวิจัย

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

 ด้วยข้าพเจ้า........................................................................................ตำแหน่งงาน..............................................................

หน่วยงาน/สังกัด........................................................................................................................................................................................................

หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง.......................................................................................................................................................................................

โดยมีผู้ร่วมวิจัย/ผู้ประสานงานหลัก ดังนี้....................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................................................................................................

 มีความประสงค์ขอ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หัวข้อ** | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| เก็บข้อมูล จาก □ ผู้ป่วย □ เวชระเบียน □อื่น ๆ (ระบุ)......................................................................................... |  |  |
| เก็บตัวอย่าง จาก □สไลด์ □พาราฟินบล็อก □ภาพถ่าย Gross □ภาพถ่าย Microscopy □Blood  □ อื่น ๆ (ระบุ)................................................................................................................................ |  |  |
| ขอข้อมูลทางรังสี □ภาพถ่าย □ผลอ่าน ของ □CT □MRI □X-ray □อื่น ๆ (ระบุ)………………….................... |  |  |
| ใช้เครื่องมือ......................................................................................แผนก..................................................................... |  |  |
| ใช้สถานที่ ณ □หอผู้ป่วย........................... □อุบัติเหตุฉุกเฉิน □ห้องผ่าตัด □อื่น ๆ (ระบุ)……............................ □เพื่อเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลวิจัย □เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย |  |  |
| ขอผู้ช่วยวิจัย □ต้องการ □ไม่ต้องการ |  |  |

โดยมีเอกสารแนบ ดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการเอกสาร** | **มี** | **ไม่มี** |
| 1. บันทึกข้อความจากหน่วยงานสังกัด เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 1 ฉบับ
 |  |  |
| 1. สำเนาเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (EC มทส.) จำนวน 1 ฉบับ
 |  |  |
| 1. สำเนาแบบเสนอโครงการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ฉบับผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC มทส.) จำนวน 1 ฉบับ
 |  |  |
| 1. สำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ ฉบับผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC มทส.) จำนวน 1 ฉบับ
 |  |  |
| 1. สำเนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC มทส.) จำนวน 1 ฉบับ
 |  |  |
| 1. รูปถ่ายของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป/ท่าน (เพื่อทำบัตร Visitor สำหรับบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ปฏิบัติงานใน รพ. มทส.)
 |  |  |
| 1. สำเนาเอกสารขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent From) ฉบับผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC มทส.) จำนวน 1 ฉบับ (ถ้ามี)
 |  |  |
| 1. แบบฟอร์มการขอสิ่งส่งตรวจ/ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 ฉบับ (ถ้ามี)
 |  |  |
| 1. แบบฟอร์มการขอผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ฉบับ (ถ้าต้องการ)
 |  |  |

 ในการนี้ ขออนุญาตเก็บข้อมูล/ขอความอนุเคราะห์ใช้ครุภัณฑ์/ใช้สถานที่ เพื่อการวิจัยดังกล่าว ตั้งแต่วันที่..................................................ถึง.................................................เวลา.............................
ทั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย/ผู้ประสานงานหลัก ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์....................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

รับรองโดยคณะกรรมการดำเนินงานวิจัยคลินิกและนวัตกรรมทางการแพทย์ การประชุมครั้งที่ 2/2566 วัน พฤหัสบดี ที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2566

(........................................................)

หัวหน้าโครงการวิจัย

FR-SUTH-001 Rev.01 (01 Feb 2021)