



โรงพยาบาล

**CHONBURI
HOSPITAL**

**สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลชลบุรี**

**Institutional Review Board Chonburi
Hospital (IRB-CBH)**

**แบบฟอร์มการชำระเงินค่าสนับสนุนการพิจารณา
จริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี**

ข้าพเจ้า.....

หน่วยงาน.....

ในฐานะที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

เรื่อง.....

.....

.....

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก ☐ ทุนส่วนตัว ☐ แหล่งทุนอื่น ๆ

ระบุ.....

ในการดำเนิน

การวิจัยดังรายละเอียดงบประมาณของโครงการวิจัยที่แนบมา มีความประสงค์จะขอรับ

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยฯ ตามรายการดังนี้

1. การยื่นขอรับการพิจารณาการวิจัยเป็นครั้งแรก (สำหรับโครงการวิจัยใหม่)

☐ โครงการที่หัวหน้าโครงการวิจัยเป็น

บุคลากรภายใน

โรงพยาบาลชลบุรี

☐ โครงการที่ไม่ได้รับทุนหรือทุนส่วนตัว

(ยกเว้นค่าธรรมเนียม)

☐ โครงการที่ได้รับทุนวิจัย

() ทุนจากหน่วยงานภาครัฐ โครงการละ 1,000 บาท

() ทุนจากหน่วยงานเอกชนหรือบริษัทฯ

โครงการละ 3,000 บาท

☐ โครงการที่หัวหน้าโครงการวิจัยเป็น

บุคลากรภายนอก

โรงพยาบาลชลบุรี

☐ โครงการที่ไม่ได้รับทุนหรือทุนส่วนตัว

โครงการละ 2,000 บาท

☐ โครงการที่ได้รับทุนวิจัย

() ทุนจากหน่วยงานภาครัฐ โครงการละ 3,000 บาท

() ทุนจากหน่วยงานเอกชนหรือบริษัทฯ

โครงการละ 5,000 บาท

2. การยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำหรับโครงการที่ผ่านการรับรอง

แล้ว (เช่น การขอต่ออายุโครงการวิจัย ขอรับรองเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากมีการ

เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการ (Amendment) โครงการวิจัยที่ผ่านสำนักงานคณะกรรมการร่วมพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งประเทศไทย (CREC))

FM-HRP-CBH-010

หน้า 1 จาก

1 หน้า



โรงพยาบาล

CHONBURI
HOSPITAL

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลชลบุรี

Institutional Review Board Chonburi
Hospital (IRB-CBH)

**แบบฟอร์มการชำระเงินค่าสนับสนุนการพิจารณา
จริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี**

- ☐ โครงการวิจัยที่ไม่ได้รับทุนสนับสนุน
- ☐ ขอดำเนินการรับรองโครงการ (ยกเว้น
ค่าธรรมเนียม)
- ☐ ขอเปลี่ยนแปลงเอกสารโครงร่าง (ยกเว้น
ค่าธรรมเนียม)
- ☐ โครงการวิจัยที่ได้รับเงินสนับสนุนจาก
การวิจัยภายนอก
- ☐ ขอดำเนินการรับรองโครงการโครงการละ
500 บาท
- ☐ ขอเปลี่ยนแปลงเอกสารโครงร่างโครงการละ
1,000 บาท

- ☐ โครงการวิจัยที่ผ่านสำนักงานคณะกรรมการ
การร่วม
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแห่ง
ประเทศไทย (CREC)
โครงการละ 2,000 บาท

โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ชื่อธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “กองทุนสวัสดิการ
โรงพยาบาลชลบุรี” บัญชีเลขที่ 772-0-06962-5
เป็นจำนวนทั้งสิ้น.....บาท (ตัว
อักษร.....) ชำระวันที่...../...../.....
โปรดออกใบเสร็จใน
นาม.....

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

FM-HRP-CBH-010

หน้า2จาก

1 หน้า