

เลขที่สัญญา.....

แบบขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการวิจัย

วันที่.....

เรียน คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

เรื่อง ขออนุมัติขยายระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ข้าพเจ้า.....สังกัด.....

ขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการวิจัย

☐ ทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินกองทุนวิจัย คณะสหเวชศาสตร์

ประเภททุน.....ปีงบประมาณ.....

ชื่อชุดโครงการวิจัย/ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย).....

.....
(ภาษาอังกฤษ).....

งบประมาณทุนวิจัย..... บาท

มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย.....ปี.....เดือน นับตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ซึ่งได้ดำเนินโครงการวิจัยไปแล้วร้อยละ.....

เนื่องจากการดำเนินโครงการวิจัยไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในสัญญาสนับสนุนการวิจัย และแผนการดำเนินโครงการวิจัย มีสาเหตุจาก.(โปรดระบุสาเหตุ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินโครงการวิจัยแล้วเสร็จและเกิดประโยชน์กับมหาวิทยาลัย จึงขอขยายเวลาดำเนินการวิจัย

☐ ครั้งที่ 1 ระหว่าง วันที่ เดือน พ.ศ.
 ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
 รวมระยะเวลา เดือน

☐ ครั้งที่ 2 ระหว่าง วันที่ เดือน พ.ศ.
 ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
 รวมระยะเวลา เดือน

☐ กรณีพิเศษ ระหว่าง วันที่ เดือน พ.ศ.
 ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
 รวมระยะเวลา เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

()

หัวหน้าชุดโครงการวิจัย/หัวหน้าโครงการวิจัย

หมายเหตุ: ในกรณีที่ผู้รับทุนไม่สามารถส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ภายในที่กำหนดไว้ในสัญญา ให้ผู้รับทุนชี้แจงเหตุผลความจำเป็นผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย (ชื่อส่วนงาน) หรือคณะกรรมการประจำส่วนงานแล้วแต่กรณีก่อนครบกำหนดไม่น้อยกว่า 30 วัน พร้อมกับเสนอรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย เพื่อขออนุมัติขยายระยะเวลาส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ดังนี้

ข้อ 1 โครงการวิจัยที่ได้รับทุนหรือเงินสนับสนุนการวิจัย ตามระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยการบริหารงานวิจัย และกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2555 สามารถขออนุมัติขยายระยะเวลาส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และเอกสารหลักฐานได้ไม่เกิน 2 ครั้งๆ ละไม่เกิน 1 ใน 3 ของระยะเวลาที่ได้รับการอนุมัติ

ข้อ 2 โครงการวิจัยที่ได้รับทุนหรือเงินสนับสนุนการวิจัย ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยการบริหารงานวิจัย และกองทุนวิจัย พ.ศ. 2561 (เป็นโครงการวิจัยที่ได้รับการจัดสรรทุนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป) สามารถขออนุมัติขยายระยะเวลาส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และเอกสารหลักฐานได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

ความเห็นของคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย (ชื่อส่วนงาน) หรือคณะกรรมการประจำส่วนงาน
ในกรณีที่ไม่มีคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย (ชื่อส่วนงาน)

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล อังคเศกวิทย์)

ประธานคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยคณะสหเวชศาสตร์

วันที่.....

ความเห็นของคณบดีคณะสหเวชศาสตร์

สำหรับโครงการวิจัยเรื่อง

หัวหน้าโครงการ

.....

☐ อนุมัติให้ดำเนินการต่อไป

☐ ไม่อนุมัติให้ดำเนินการต่อไป ระบุเหตุผล

.....

.....

.....

(ลายเซ็น)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพวรรณ สัทธานนท์)

คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

วันที่ เดือน พ.ศ.