**คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์ม**

1. โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วน และถ้ามีเอกสารเพิ่มเติม เช่น บันทึกข้อความหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กรุณาแนบมาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้
2. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะกับ Monitor ผู้ประสานงานโครงการ และผู้ร่วมวิจัยที่เป็น บุคคลภายนอกคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. กรุณาส่งแบบฟอร์มและเอกสารแนบไปที่ งานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ชั้น 4

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม** ได้ที่ งานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ ชั้น 4 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทร. 02-849-6600 ต่อ 2201

**รายการเอกสารที่ต้องแนบมาพร้อมนี้**

🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 🞏 สำเนาหนังสือเดินทาง/Passport 🞏 หนังสือบันทึกข้อความ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **วัตถุประสงค์คำร้อง/ รายละเอียด** | | |
| **วัตถุประสงค์ :** 🞏 ขอชื่อเข้าใช้งานระบบและรหัสผ่านของ Monitor 🞏 ขอชื่อเข้าใช้งานระบบและรหัสผ่านของผู้ประสานงานที่เป็นบุคคลภายนอกศูนย์ฯ | | |
| **โครงการวิจัยเรื่อง** .............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................................ | | |
| Protocol No. | SIRB No. | ชื่อหัวหน้าโครงการ: |
| ***บุคคลที่ 1*** 🞏 Monitor 🞏 External Study-Co 🞏 Co-investigator | | |
| ชื่อ-นามสกุล(ภาษาไทย) ................................................................................ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..............................................................  ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) ........................................................................... เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.) ....................................................  ที่อยู่ปัจจุบัน ......................................................................................................................................................................................................................  หมายเลขโทรศัพท์......................................................................................... E-mail ………………………….……………………………………………………………  จะเข้าใช้งานระบบในวันที่ ............................................................................. ถึง วันที่ .................................................................................................  เฉพาะกรณี Monitor จะเข้าใช้ระบบเกินกว่า 2 สัปดาห์ โปรดระบุเหตุผล ...................................................................................................................... | | |
| ***ขอบเขตและการเข้าถึงข้อมูล*** | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| ***บุคคลที่ 2*** 🞏 Monitor 🞏 External Study-Co 🞏 Co-investigator | | |
| ชื่อ-นามสกุล(ภาษาไทย) ................................................................................ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..............................................................  ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) ........................................................................... เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.) ....................................................  ที่อยู่ปัจจุบัน ......................................................................................................................................................................................................................  หมายเลขโทรศัพท์......................................................................................... E-mail ………………………….……………………………………………………………  จะเข้าใช้งานระบบในวันที่ ............................................................................. ถึง วันที่ .................................................................................................  เฉพาะกรณี Monitor จะเข้าใช้ระบบเกินกว่า 2 สัปดาห์ โปรดระบุเหตุผล ...................................................................................................................... | | |
| ***ขอบเขตและการเข้าถึงข้อมูล*** | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **สำหรับหัวหน้าโครงการ** | |
| เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  (ผ่านหัวหน้างานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ)  ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคลากรที่มีชื่อข้างต้น จะรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวตามหลักเกณฑ์การวิจัยในคนของประเทสไทยและสากลอย่างเคร่งครัด  จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะเป็นพระคุณยิ่ง  ลงนาม .........................................................................  (.........................................................................)  หัวหน้าโครงการ  วันที่ ................................................................................ | เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  เพื่อโปรดพิจารณา  …………………………………………………………………………………..  ( ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม)  หัวหน้างานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ  วันที่ .................................................    (ผศ.นพ.กำธร ตันติวิทยาทันต์)  รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  วันที่ ................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นของผู้อำนวยการฯ** | |
| 🞏 อนุญาต แจ้งประธานคณะกรรมการเวชระเบียนฯ และหัวหน้างานเวชสารสนเทศ ดำเนินการต่อไป  🞏 ไม่อนุญาต เนื่องจาก.......................................................................  (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)  ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  วันที่ ................................................................. | |
| **ความเห็นประธานคณะกรรมการเวชระเบียนฯ** | |
| 🞏 อนุญาต และแจ้งหัวหน้างานเวชสารสนเทศ ดำเนินการต่อไป  🞏 ไม่อนุญาต เนื่องจาก...........................................................................................................................................  (แพทย์หญิงสุภัทรา คันติโต)  ประธานคณะกรรมการเวชระเบียนฯ  วันที่ ................................................. | |
| **สำหรับงานเวชสารสนเทศ** | |
| เรียน หัวหน้างานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ    ตามคำร้องขอชื่อเข้าใช้งานระบบเวชระเบียนและรหัสผ่าน สำหรับ Monitor และผู้ประสานงานที่เป็นบุคคลภายนอกตามรายชื่อ  ข้างต้นนั้น ในการนี้ งานเวชสารสนเทศ ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้วรายละเอียดตามแนบท้าย    จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาทราบและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง  ลงนาม .........................................................................  (.........................................................................)  หัวหน้างานเวชสารสนเทศ  วันที่ .......................................................................... | |
| **ชื่อเข้าใช้งานระบบและรหัสผ่านของ Monitor และผู้ประสานงานที่เป็นบุคคลภายนอก** | |
| **Username 1:** | **Password 1:** |
| เริ่มต้น: | สิ้นสุด : |
| **Username 2:** | **Password 2:** |
| เริ่มต้น: | สิ้นสุด : |
| **Username 3:** | **Password 3:** |
| เริ่มต้น: | สิ้นสุด : |
| **Username 4:** | **Password 4:** |
| เริ่มต้น: | สิ้นสุด : |