**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 และผู้ประสานงานที่เป็นบุคคลภายนอกตามรายชื่อข้างต้นนั้น 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 :  |