**วจ.1**

**แบบนำส่งเงินทุนวิจัย**

**โครงการที่เซ็นต์สัญญาก่อน 30 ต.ค.2561**

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**

วันที่.............เดือน...........พ.ศ................

 ข้าพเจ้า (หัวหน้าโครงการวิจัย).............................................................ภาควิชา …….…................…………………….

รหัสภาควิชา (Cost Center)…………………………… โทรศัพท์ภายใน...............................มือถือ.............................................ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย)………………………………………………………………………………………………………...

รวมงบประมาณโครงการวิจัยทั้งสิ้น จำนวน ...........................บาท จำนวนอาสาสมัคร .................ราย ระยะเวลา..........ปี ตั้งแต่..................................ถึง...................................รหัสโครงการวิจัย (ID)……………......……..(IO) (ระบุ)..……….....…………

Protocol No.(ระบุ)……………………………………………..

ลักษณะทุน ❑ องค์ความรู้ ❑ ถ่ายทอดเทคโนโลยี

จากแหล่งทุนวิจัยชื่อ..............................................................................................................................................................

**ข้าพเจ้าขอนำส่ง**

❑ เช็คเงินสด ❑ เงินสด ❑ เงินโอน

งวดที่ ………… จำนวนเงิน ……………........บาท คิด 20% เป็นจำนวนเงิน .........................บาท

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น ................................บาท (……………....…....ตัวอักษร…………….....…..)

**ตัวอย่าง** งวดที่ 1 จำนวนเงิน 10,000 บาท คิด 20% เป็นจำนวนเงิน 2,000 บาท รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 12,000 บาท

(รายละเอียดค่าใช้จ่ายสำหรับการนำส่งเงินทุนวิจัยในครั้งนี้ ตามเอกสารแนบ1 – ประกอบการนำส่งเงินทุกงวด)

**ออกใบเสร็จในนาม** (โปรดระบุชื่อผู้ที่ลงนามใน CTA เท่านั้น)...........................................................................................

 ลงนาม ……………………………………………………….

 ( ………………………………………………….. ) หัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้แทนนำส่ง

- ผู้ประสานงาน (บริษัท) ชี่อ............................................................... โทรศัพท์..........................................มือถือ...........................................

- ผู้ประสานงาน (เพื่อแจ้งยอดนำส่งเงินเข้าบัญชีโครงการผ่านระบ sms) จำนวน 2 ท่าน (โปรดระบุ)

 1. หัวหน้าโครงการ ชื่อ ............................................................. มือถือ ....................................................

 2. ผู้ประสานงาน ชื่อ............................................................. มือถือ ...................................................

- ผู้ประสานงาน (เจ้าหน้าที่รามาธิบดี) ชี่อ......................................... โทรศัพท์..........................................มือถือ...........................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............. **√** ระบุหน้าชื่อบัญชีที่นำเงินเข้าบัญชี (สำหรับเจ้าหน้าที่)

❑ เข้าบัญชี “อุดหนุนวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี” ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา รามาธิบดี หมายเลขบัญชี 026-4-49059-2

❑ อื่นๆ ....................................................................

 ลงชื่อ…………………………………………….วันที่...........................เวลา....................น.

**หมายเหตุ**

1. ติดต่อได้ที่หน่วยวิจัยทางคลินิก สำนักงานวิจัย ชั้น 3 ห้อง 310 อาคารวิจัยและสวัสดิการ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เวลา 08.30-16.00 น.

2. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณเกศราภรณ์ ศรีทุมมา และคุณกัญญาณัฐ นะวะคำ โทร 02-201-1638, 48511

**เอกสารแนบ 1**

**แบบจัดสรรทุนวิจัย**

**ทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**

 **รหัสโครงการวิจัย IO R ……….....……..… ID …………........………**

ชื่อโครงการวิจัย ..............................................................................................................ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย......................................

จำนวนทุนวิจัยที่ได้รับทั้งสิ้น .................................................บาท (.....................................................................................)

วันที่ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ตั้งแต่วันที่ ........................... ถึงวันที่......................ระยะเวลา..............ปี

ทุนวิจัยครั้งนี้สำหรับการวิจัยตั้งแต่วันที่................................ ถึงวันที่......................................

**รายการจัดสรรทุนงวดนี้**

1. การจัดสรรค่าธรรมเนียมให้มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และภาควิชา ***(สำหรับเจ้าหน้าที่)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หน่วยงาน | ร้อยละของทุนวิจัยที่จัดสรร | คิดเป็นเงิน (บาท) |
| มหาวิทยาลัยมหิดล |  |  |
| คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี |  |  |

2. การจัดสรรเงินในการดำเนินโครงการ ***(สำหรับหัวหน้าโครงการหรือผู้สนับสนุนการวิจัย)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| รายการ | เข้าบัญชี ม.มหิดลคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | เข้าบัญชีโครงการวิจัย | OVERHEAD20% | รวมเงินทั้งสิ้น(บาท) |
| ค่า Start up fee |  |  |  |  |
| ค่า Advance payment |  |  |  |  |
| Subject Number ………………………….. |  |  |  |  |
| ค่าจ้าง (ค่าแพทย์ พยาบาล เป็นต้น) |  |  |  |  |
| ค่าตอบแทน (ค่าเดินทาง ค่าสูญเสียเวลาของอาสาสมัคร เป็นต้น) |  |  |  |  |
| CT chest, EKG |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

หมายเหตุ

1. ค่าจ้างและค่าตอบแทนให้ระบุเป็นชื่อคน หากยังไม่ทราบชื่อ ให้ระบุว่ายังไม่ทราบ และต้องแนบหลักฐานการรับเงินโดยใช้ใบสำคัญรับเงินของเงินอุดหนุนการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลในแบบรายงานการเงินของโครงการ เมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นตามจริง

2. ค่าใช้สอย ค่าบริการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ให้ระบุผู้รับเงินเป็นชื่อบุคคลหรือหน่วยงานที่จะรับเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายตามจริง เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดีสำหรับค่าตรวจห้องปฏิบัติการ บริษัทที่ผู้รับทุนซื้อวัสดุ/อุปกรณ์วิจัย เป็นต้น และต้องแนบหลักฐานการรับเงินโดยใช้ใบสำคัญรับเงินของเงินอุดหนุนการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นตามจริง

ลงนาม .......................................................................

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

 หัวหน้าโครงการวิจัย

**สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยวิจัยทางคลินิก** วันที่...............เดือน........................พ.ศ.................

ลงนาม ......................................................................

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

 ผู้อนุมัติ

 วันที่...............เดือน........................พ.ศ.................