

สาขาวิชาการพยาบาล……………………………

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

โทร. ........... โทรสาร ...........

ที่ (เลขที่สาขาฯ )

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติขยายเวลาการดำเนินโครงการวิจัย

เรียน หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาล...................

ตามที่............ (ชื่อผู้วิจัย) ...........ได้รับอนุมัติโครงการวิจัย เรื่อง.......... (ระบุชื่อโครงการวิจัย) ............................... ประจำปีงบประมาณ ................เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ....(ระบุยอดเงิน)...บาท (.......ระบุยอดเงินเป็นตัวอักษร......) มีระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัยตั้งแต่......................ถึง.....................นั้น

เนื่องจาก .......................................... (ชี้แจงเหตุผล) ................................................................... จึงใคร่ขออนุมัติขยายเวลาดำเนินโครงการวิจัย ออกไปอีกจำนวน....(ไม่เกิน 6 เดือน)....เดือน ตั้งแต่...........ถึง................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณยิ่ง

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

หัวหน้าโครงการฯ

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนอุดหนุนการทำวิจัย ฯ  เพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง  (................................................................)  หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาล.................................... |  |
| **อนุมัติ**  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จำปี เกรนเจอร์)  ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนอุดหนุนการทำวิจัย ฯ |  |