**กรุณาส่งกลับมาที่ งานบริหารการศึกษา ชั้น 4 อาคารเรียนรวม**

**โทร 1734,6 โทรสาร 2038**

**หรือ สามารถลงทะเบียนได้ที่** <http://med.mahidol.ac.th/nurturing_talent>

**E-mail : ratonkla@mahidol.ac.th**



**แบบตอบรับ**

**โรงพยาบาลรามาธิบดี**

**แบบตอบรับการเข้าร่วม**

**เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยโครงการต้นกล้ารามาธิบดี**

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

**แบบตอบรับ**

**การเข้าร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย**

**โครงการต้นกล้ารามาธิบดี**

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

**แบบตอบรับ**

**การเข้าร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยโครงการต้นกล้ารามาธิบดี**

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

**🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽🞽**

|  |
| --- |
| **1. ข้อมูลอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย**  **ชื่อ-นามสกุล : ศ./รศ./ผศ./อ. ...........................................................................................................** |
|  **ภาควิชา :** |
|  **สังกัด : ( ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ( ) คณะวิทยาศาสตร์** |
|  **e-mail :**  | **โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก :** |
| **2. จำนวนนักศึกษาที่ท่านคาดว่าจะรับเป็นที่ปรึกษาวิจัย .................... คน****3. ท่านมีความถนัดในการทำวิจัยด้านใด****□ ก. งานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (Basic science research)** 1**. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………**2. **………………………………………………………………………………………………………………………………………….………****□ ข. งานวิจัยทางคลินิก (Clinical research)**1**. …………………………………………………………………………………………………………………………………………….….**2. **…………………………………………………………………………………………………………………………………….………..…****□ ค. งานวิจัยชุมชนและระบบสุขภาพ (Community/Health systems research)**1**. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….….…**2. **…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……****□ ง. งานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษา (Medical education research)**1**. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……**2. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………….****□ จ. งานวิจัยที่นำสู่การไปใช้ประโยชน์ (Translational research)**1**. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……**2. **………………………………………………………………………………………………………………………………………………****□ ฉ. งานวิจัยด้านอื่นๆ ระบุ**1**. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**2. **………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **C:\Users\007379\Desktop\QR code -แบบตอบรับเข้าร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย--use.jpgหากท่านมีนักศึกษาแพทย์ที่อยู่ในความดูแลแล้ว กรุณาแจ้งที่นักศึกษาแพทย์ ดังนี้** 1. **ชื่อนักศึกษาแพทย์ ...........................................................................................ชั้นปี..........................**
2. **ชื่อนักศึกษาแพทย์ ...........................................................................................ชั้นปี..........................**
3. **ชื่อนักศึกษาแพทย์ ...........................................................................................ชั้นปี..........................**
 |