



แบบฟอร์มขอข้อมูลศัลยพยาธิวิทยาเพื่อการวิจัย (Surgical Pathology Data Requisition Form For Research Purpose)

ห้องปฏิบัติการสารสนเทศทางพยาธิวิทยาภาค คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ชั้น 4 อาคาร 1 โทร 02-201-1434 , 02-2012030

Request No. _____

วันที่ ____/____/25____

ผู้ขอข้อมูล ชื่อ _____ นามสกุล _____

NAME _____ LASTNAME _____

สังกัด: หน่วยงาน: _____ ภาควิชา _____ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี Y N

ระบุ _____ โทร: _____ Email: _____

ชื่อโครงการวิจัย: _____

เอกสารรับรองจริยธรรม: มี COA.RA _____ อยู่ระหว่างการขอรับรอง

ผู้วิจัยหลัก : _____ พยาธิแพทย์: _____

ข้อมูลที่ต้องการ: Organ: _____ Diagnosis: _____

ระหว่างวันที่ _____ ถึงวันที่ _____

T-CODE

M-CODE

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีว่าด้วยการศึกษาวิจัย

และการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. 2544 และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทุกประการ

ผู้ขอข้อมูล _____

(_____)

เอกสารแนบ

หนังสือจากผู้บังคับบัญชา

สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรม

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	วันที่
<input type="radio"/> อนุมัติ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติ ให้ดำเนินการ	วันที่
หัวหน้าห้องปฏิบัติการฯ	
ผู้รับข้อมูล	วันที่