



รามาธิบดีพยาบาลสาร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร.๐-๒๒๐๑-๑๖๕๔ Fax. ๐-๒๒๐๑-๒๘๕๔

วันที่.....

เรื่อง รับทราบข้อกำหนดก่อนส่งตีพิมพ์

เรียน บรรณาธิการวารสาร “รามาธิบดีพยาบาลสาร”

ตามที่ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ส่งบทความวิชาการ/วิจัย

เรื่อง.....
.....เพื่อพิจารณาในการตีพิมพ์ใน “รามาธิบดีพยาบาลสาร” นั้น

ข้าพเจ้าขอรับรอง/รับทราบว่า

1. ไม่เคยส่งบทความนี้ตีพิมพ์ในวารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์ใดๆ มาก่อน หรือส่งตีพิมพ์ที่อื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน
2. ได้รับความเห็นชอบจากผู้ร่วมเขียนทุกท่านแล้ว (หากมี)
3. ผู้เขียนจะดำเนินการแก้ไขบทความจนมีความพร้อมที่จะตีพิมพ์ ตามคำแนะนำจากกองบรรณาธิการ
4. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว จะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ และ
5. (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว (โปรดแนบสำเนา 1 ชุด)

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าต้องการถอนบทความคืนจากการตีพิมพ์ ข้าพเจ้าจะแจ้ง
บรรณาธิการภายใน 2 สัปดาห์หลังการส่งบทความ และจะไม่ถอนคืนหากบทความได้รับการ review จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

โปรดระบุความสมัครใจในการเผยแพร่บทความที่ตีพิมพ์ บน website

☐ ยินดี

☐ ไม่ยินดี

ผู้เขียนชื่อแรก.....

(.....)

วันที่.....

ผู้ร่วมเขียน.....

(.....)

วันที่.....

ผู้ร่วมเขียน.....

(.....)

วันที่.....

ผู้ร่วมเขียน.....

(.....)

วันที่.....

ผู้ร่วมเขียน.....

(.....)

วันที่.....