หน่วยวิจัยทางคลินิก

กรุณาพิมพ์ข้อความลงในแบบฟอร์มนี้เท่านั้น

งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก (12RC03000)

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม

โทร ๑๖๓๘ โทรสาร ๑๖๓๘

**แบบฟอร์มชำระเงินค่าธรรมเนียม**

**การพิจารณางบประมาณโครงการวิจัยที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาคเอกชน จำนวน 10,000 บาท**

|  |  |
| --- | --- |
| ชื่อบริษัท (แหล่งทุน) |  |
| ชื่อ-นามสกุล หัวหน้าโครงการ |  |
| ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) |  |
| ชื่อโครงการวิจัย เรื่อง (ภาษาอังกฤษ) |  |
| Protocol No. |  |
| ออกใบเสร็จรับเงินในนาม (โปรดระบุ) | 1. |
|  | 2. |

**กรุณาเลือกช่องทางการชำระเงิน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ เช็คธนาคาร |   |  สาขา |   | เลขที่ |  |
| สั่งจ่ายในนาม ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือFACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY |
| □ โอนเข้าบัญชีธนาคาร “ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือ FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY เลขที่บัญชี 026-211222-9 สาขารามาธิบดี***ค่าธรรมเนียมในการโอนเงินผ่านธนาคาร บริษัทฯ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด******พร้อมแนบใบนำฝาก (Pay In Slip) ด้วยทุกครั้ง*** |

***\*\*\* ให้ผู้วิจัยนำเช็คค่าธรรมเนียมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ไปติดต่อชำระเงินพร้อมรับใบเสร็จได้ที่***

***ฝ่ายการคลัง ชั้น 3 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี \*\*\****