**แบบฟอร์มประวัติของผู้สมัครรับทุนพัฒนาศักยภาพในการทําวิจัยและนวัตกรรมของอาจารย์แพทย์และอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**

1. **ข้อมูลส่วนตัว**

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....................................................................................................................................

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)…………………………………………………………………………………………………………………..

ตำแหน่ง  อาจารย์แพทย์  อาจารย์

ตำแหน่งวิขาการปัจจุบัน  อาจารย์  ผศ.  รศ.  ศ.  ศ.เงินเดือนขั้นสูง

สังกัด (หน่วยงาน/ภาควิชา/สถาบัน)....................................................................................................................

โทรศัพท์..................................โทรศัพท์มือถือ......................................Email: ………….....................……………………

1. **ระดับของทุนที่สมัคร**  ระดับต้น  ระดับกลาง  ระดับสูง
2. **ประวัติการศึกษา**

กรอกประวัติการศึกษาอบรมตั้งแต่ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตหรือระดับปริญญาตรีจนถึงปัจจุบัน (เรียงตามปี พ.ศ.)

............................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

............................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **ประวัติการทำงาน**

กรอกประวัติและประสบการณ์การทำงานตั้งแต่จบการศึกษา จนถึงปัจจุบัน (เรียงตามปี พ.ศ.)

............................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

............................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **โครงการวิจัยที่อยู่ระหว่างดำเนินการ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อโครงการวิจัย** | **รายละเอียดของโครงการวิจัยโดยสังเขป** | **แหล่งทุนวิจัย** | **วันที่เริ่มต้น-สิ้นสุดโครงการ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **คำรับรองของผู้สมัครรับทุน**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบฟอร์มประวัติทุนพัฒนาศักยภาพในการทําวิจัยและนวัตกรรมของอาจารย์แพทย์และอาจารย์มีความถูกต้องเป็นจริง และข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบและข้อกำหนดของการรับทุนฯ อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ …….................…………………........ผู้สมัครรับทุน

(…………………………………………)

วันที่……………………………………

1. **คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษา (mentor) กรณีสมัครรับทุนฯ ระดับต้น**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า........................................................(ชื่อผู้สมัคร) มีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้รับทุนพัฒนาศักยภาพในการทําวิจัยและนวัตกรรมของอาจารย์แพทย์และอาจารย์ และข้าพเจ้ายินดีที่จะให้การส่งเสริม สนับสนุน และเป็นที่ปรึกษาให้แก่...............................................................(ชื่อผู้สมัคร) เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยจนบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทุนฯ

ลงชื่อ …….................…………………........อาจารย์ที่ปรึกษา

(…………………………………………)

วันที่……………………………………

1. **คำอนุมัติของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า........................................................(ชื่อผู้สมัคร) มีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้รับทุนพัฒนาศักยภาพในการทําวิจัยและนวัตกรรมของอาจารย์แพทย์และอาจารย์ และเห็นควรสนับสนุนให้ดำเนินการภายในหน่วยงาน และยินดีให้ความร่วมมือเพื่อให้งานวิจัยลุล่วงด้วยดี ตลอดจนกำกับดูแลให้การวิจัยอยู่ภายใต้ระเบียบข้อปฏิบัติของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงชื่อ………………..……………………………

(…………..…..………..…………...………..)

ตำแหน่ง……………………………………………(หัวหน้าภาควิชา)

วันที่……………………………………………