

ภาควิชา……..……….…….………..…

โทรศัพท์…..…………...……………....

รหัสหน่วยงาน 150002000

ที่

วันที่

เรื่อง ขอเสนอพิจารณาตรวจสอบหลักเกณฑ์และขออนุมัติเบิกเงินสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัย

เรียน คณบดี

ด้วย.............................(*ระบุชื่อผู้เสนอ*)..................................เป็น (โปรดระบุ)  บุคลากรปฏิบัติงานเต็มเวลา

บุคลากรสายวิชาการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา  ผู้ที่เคยเป็นบุคลากรปฏิบัติงานเต็มเวลา มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกเงินสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัย เรื่อง......(*ระบุชื่อเรื่องผลงานวิชาการ/วิจัย)....................................................จำนวน........(ระบุจำนวนและสกุลเงิน*)............... ตีพิมพ์ในวารสารชื่อ............................(*ระบุชื่อวารสาร*).............................

Quartile SJR: …...…...….  Quartile JCR: ….…………  ACI: …………….  TCI Tier: .......................................

ฐานข้อมูล**ปีล่าสุด**...................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานวิชาการ/วิจัยที่เสนอขอเงินสนับสนุนการตีพิมพ์นี้ ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการวิจัยอย่างถูกต้อง ดังต่อไปนี้

ผ่านการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน/สัตว์

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมความปลอดภัยทางชีวภาพ (biosafety)

ได้รับการขึ้นทะเบียนชีววัตถุ (biobank)

ไม่จำเป็นต้องผ่านมาตรฐานการวิจัย ระบุเหตุผล..........................................................................

**ผู้เสนอขอ ขอเลือกวิธีการชำระเงินค่าตีพิมพ์ ดังนี้**

**กรณีที่ 1 ผู้เสนอขอ ประสงค์ให้คณะฯ ชำระเงินค่าตีพิมพ์ให้ทั้งหมด**

1.1  ต้นฉบับผลงานทางวิชาการ/วิจัยฉบับร่าง (manuscript draft) (รับรองสำเนาถูกต้อง)

1.2  หลักฐานการตอบรับการตีพิมพ์จากวารสาร (Accepted for publication) (รับรองสำเนาถูกต้อง)

1.3  ใบแจ้งหนี้ (Invoice) ที่มีวิธีการโอนเงินให้กับวารสาร (ไม่รับรองสำเนาถูกต้อง)

**วารสารกำหนดให้ชำระเงิน ภายในวันที่**........................................................................................................................

\*\*(ต้องส่งเอกสารมาเพื่อพิจารณา ก่อนวันที่ต้องชำระเงินให้กับวารสาร อย่างน้อย 10 วันทำการ)\*\*

**รายละเอียดข้อมูลการโอนเงินตราต่างประเทศ**

1. จำนวนเงิน (Amount) ...........................สกุลเงิน (Currency)............................................................................
2. ชื่อผู้รับเงิน (Beneficiary’s Name)....................................................................................................................
3. ที่อยู่ของผู้รับเงิน (Address)................................................................................................................................
4. ชื่อธนาคารที่โอนเงิน (Name of Banks) ...........................................................................................................
5. เลขที่บัญชี (Account Number/IBAN Number)..............................................................................................
6. สาขา (Branch)....................................................................................................................................................
7. ที่อยู่ของธนาคารที่รับเงิน (Address)...................................................................................................................
8. รายละเอียดการจ่ายเงิน (Detail of Payment)

* เลขที่ใบแจ้งชำระเงิน (Invoice No).............................................................................................................
* รหัส (Swift Code).......................................................................................................................................

**\*\*หากฝ่ายการคลัง ดำเนินการโอนเงินไปยังวารสารเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail ดังต่อไปนี้**

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

1. ผู้เสนอขอ E-mail : **……………………………………………………………………………………………………………………….…..**

2. ผู้ประสานงานของภาควิชา E-mail: **…………………………………………………………………………………………………...…**

3. ผู้ตรวจสอบเอกสาร E-mail: **pornchai.pho@mahidol.ac.th**

**กรณีที่ 2 ผู้เสนอขอ ประสงค์จะชำระเงินค่าตีพิมพ์ก่อน แล้วจึงขอเบิกเงินคืนจากคณะฯ ทั้งหมดหรือบางส่วน**

2.1  ต้นฉบับผลงานทางวิชาการ/วิจัยฉบับร่าง (manuscript draft) หรือ ผลงานทางวิชาการ/วิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (Reprint) (รับรองสำเนาถูกต้อง)

2.2  หลักฐานการตอบรับการตีพิมพ์จากวารสาร (Accepted for publication) (รับรองสำเนาถูกต้อง)

2.3  ใบแจ้งหนี้ (Invoice) (รับรองสำเนาถูกต้อง)

2.4  ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง หรือ อิเล็กทรอนิกส์ (ไม่รับรองสำเนาถูกต้อง) หรือใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (ผู้จ่ายเงินลงลายมือชื่อ-นามสกุลจริง)

2.5  ใบแจ้งยอดค่าใช้จ่ายบัตรเครดิต (Credit Card Statement) หรือหลักฐานการโอนเงิน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

2.6  ในกรณีที่ขอเบิกเงินคืนเพียงบางส่วน ให้แนบหลักฐานการได้รับการสนับสนุนค่าตีพิมพ์จากแหล่งอื่นพร้อมจำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุนร่วมด้วย (รับรองสำเนาถูกต้อง)

**\*\*ในกรณีที่ผู้เสนอขอ ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติตามประกาศคณะฯ ได้อย่างถูกต้อง แนะนำให้ส่งเอกสารมาให้ หน่วยบริหารจัดการทุนวิจัย สำนักงานวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ช่วยตรวจสอบก่อนชำระเงิน (ผู้ประสานงาน : นายพรชัย ภูมิดรไสย์ โทร: 0-2201-0297)**

**\*\*ถ้าผลงานวิจัยไม่เข้าข่ายตามประกาศฯ จะไม่สามารถเบิกเงินส่วนเกินคืนได้\*\***

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงนาม ................................................ ผู้เสนอขอ

( )

ลงนาม ..................................................

( )

หัวหน้าภาควิชา/สำนักงาน

ชื่อผู้ประสานงานของภาควิชา ..............................................................โทรศัพท์.....................................

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

Version 05/06/2024

|  |  |
| --- | --- |
| **สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ**  เรียน รองคณบดีฝ่ายบริหารงานวิจัย  ได้ตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้วถูกต้องตามระเบียบคณะฯ ดังนี้  จำนวนเงิน ..................................  Quartile SJR: ….………………......  Quartile JCR: ….………….......….  ACI: ...........................................  TCI Tier: ...................................    ได้ตรวจสอบข้อมูล ณ วันที่ .........................................      ........................................................ผู้ตรวจสอบ  (นายพรชัย ภูมิดรไสย์)  .....................................................  (นางมุกดาลักษณ์ บุญทรง)  หัวหน้างานบริหารทั่วไปและจัดการทุนวิจัย  วันที่................................................... | **เรียน หัวหน้าภาควิชา**............................................  **อนุมัติ**  **ไม่อนุมัติ** เนื่องจากไม่เข้าข่ายตามประกาศคณะฯ ข้อ ……………………………………  (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสินี ดิษฐบรรจง)  รองคณบดีฝ่ายบริหารงานวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน  คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  วันที่..................................................... |