

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)หัวหน้างานบริหารทั่วไปและจัดการทุนวิจัยวันที่................................................... | **เรียน หัวหน้าภาควิชา**............................................ [ ]   **อนุมัติ**  [ ]  **ไม่อนุมัติ** เนื่องจากไม่เข้าข่ายตามประกาศคณะฯ ข้อ ……………………………………(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสินี ดิษฐบรรจง)รองคณบดีฝ่ายบริหารงานวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่..................................................... |