**ใบสมัครขอรับเงินค่าธรรมเนียมการดำเนินการตีพิมพ์และเงินสนับสนุนผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในฐานข้อมูล Pubmed, Scopus, ISI**

**กองทุนเพื่อการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป)**

\*โปรดกรอกข้อความด้วยตัวพิมพ์หรือตัวบรรจง\* **(แบบ RA1**) **(ปรับปรุง** 7-11-2561**)**

**วันที่**....................................................................................................

**เรียน** หัวหน้าภาควิชา...................................................................

**เรื่อง** ขอรับเงินค่าธรรมเนียมการดำเนินการตีพิมพ์และเงินสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในฐานข้อมูล Pubmed, Scopus, ISI

**สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.** สำเนาบทความที่ลงตีพิมพ์จำนวน **1 ชุด**

**2.** หลักฐานแสดงการปรากฏของบทความที่มีเลขหน้าแล้ว จากฐานข้อมูล Pubmed, Scopus, หรือ ISI จำนวน **1 ชุด**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **1. ชื่อ – นามสกุล**.......................................................................................**ภาควิชา**.....................................................**เบอร์โทรติดต่อสะดวก**........................................ | | |
| * 1. **ผู้สมัครเป็นบุคลากรประเภท:**   ❒ บุคลากรของคณะแพทยศาสตร์  ❒ แพทย์ประจำโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นอาจารย์พิเศษ ในระดับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย   * 1. **ผู้สมัครเป็นผู้นิพนธ์ประเภท:**   ❒ Last senior author [จะได้รับการสนับสนุนค่าตีพิมพ์ (3,000 บาท) และ Citation (1,000/cite, 500/self cite) เต็มจำนวน]  ❒ Corresponding author [จะได้รับการสนับสนุนค่าตีพิมพ์ (3,000 บาท) และ Citation (1,000/cite, 500/self cite) เต็มจำนวน]  ❒ First author โดยผู้นิพนธ์หลักหรือผู้นิพนธ์อาวุโสชื่อสุดท้ายระบุสังกัดเป็นคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  [จะได้รับการสนับสนุนค่าตีพิมพ์ (3,000 บาท) และ Citation (1,000/cite, 500/self cite) เต็มจำนวน]  ❒ First author โดยผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์อาวุโสชื่อสุดท้ายไม่ระบุสังกัด เป็นคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  [จะได้รับการสนับสนุนค่าตีพิมพ์ (2,700 บาท) และ Citation (900/cite, 450/self cite) ร้อยละ 90 ของการสนับสนุน] | | * 1. กรณีที่ Corresponding author มีสิทธิ์ในการขอรับการสนับสนุน และผู้สมัครไม่ได้เป็น Corresponding author กรุณาขอความยินยอมจาก Corresponding author ให้ลงนามในช่องว่างต่อไปนี้     ................................................................  (..............................................................)  Corresponding author  (............../..................../.......................) |
| 1. **2. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติ และผู้สมัครได้ระบุ affiliation เป็น Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**     1. **ชื่อเรื่อง**..............................................................................................................................................................................................................................................    2. **ชื่อวารสาร**....................................................................................................................................**Vol**…........…**เดือน**..................**หน้า**.....................**ปี ค.ศ**....................  |  | | --- | | **เป็นวารสารในระดับใด (เช่น T1,Q1,Q2)……………………………............…………**(โปรดดูวิธีการหาได้ที่ https://www.research.chula.ac.th/project/grant-public-inter/ ) | | | |
| **2.3 ค่าธรรมเนียมการดำเนินการตีพิมพ์ (Article processing fee)**  ❒ ไม่มี  ❒ มี   * ค่า article processing fee ทั้งหมดจำนวนเงิน .............................บาท (แนบหลักฐาน) (A) * เข้าเกณฑ์ได้รับการสนับสนุนค่า article processing fee จากจุฬาฯ  (T1: <65,000, Q1: <30,000, Q2: < 20,000)   เป็นจำนวนเงิน ............................บาท (B)   * มีสิทธิ์ขอรับค่า article processing fee จากคณะแพทยฯ (ตามจ่ายจริง)   **เป็นจำนวนเงิน ............................บาท (A-B)** | **2.4 การสนับสนุนค่าตีพิมพ์**  ❒ เป็นจำนวนเงิน 2,700 บาท  ❒ เป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท  (บทความวิจัยทุกประเภทที่มีผลงานวิจัยของตนเอง (Original article, Review article, Case report, Letter to Editor เป็นต้น แต่ไม่สนับสนุน Reply ต่อคำถามของบทความตนเองที่ตีพิมพ์ไปก่อนหน้า) ที่ตีพิมพ์ในวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล ISI, Scopus หรือ Pubmed หรือตีพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป) | |
| **หมายเหตุ : โดยทุกบทความได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อย มีการระบุเลขที่ฉบับและเลขหน้าในวารสารแล้ว และต้องเสนอขอรับการสนับสนุนในภาย 2 ปี หลังได้เลขหน้า** | | |

ลงชื่อผู้สมัคร.............................................................................................

(...........................................................................................)

|  |  |
| --- | --- |
| **เรียน** รองคณบดีฝ่ายวิจัย  ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าควรเสนอขออนุมัติตามเกณฑ์ของคณะแพทยศาสตร์  **ลงชื่อ**...........................................................................................  (..................................................................................................)  **หัวหน้าภาควิชา**....................................................  **วันที่**...................................................................... | ***ความเห็นของรองคณบดีฝ่ายวิจัย***  *❒ เสนอคณบดีเพื่อขออนุมัติดำเนินการเบิกจ่ายต่อไป*  *❒ ไม่อนุมัติเนื่องจาก...................................................*  *ลงชื่อ..................................................*  *(ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์)*  *รองคณบดีฝ่ายวิจัย*  *วันที่...........................................................* |
| ***สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัย***  *❒ ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามเกณฑ์ฯ*  *❒ มีสิทธิ์รับค่า article processing fee เป็นจำนวนเงิน ....................................บาท*  *❒ มีสิทธิ์รับสนับสนุนค่าตีพิมพ์ เป็นจำนวนเงิน 3,000.00 บาท*  *รวมเป็นเงินทั้งสิ้น .....................................บาท*  *❒ตรวจสอบแล้วไม่ถูกต้องเนื่องจาก.................................................................................*  *......................................................................................................................................... .........................................................................................................................................*  *ลงชื่อ......................................................................*  *วันที่.......................................................................* | **เรียน** หัวหน้าภาควิชา.................................................  ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควร  ไม่อนุมัติเนื่องจาก.......................................................    อนุมัติเงินสนับสนุนเป็นเงิน......................................บาท    จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและรอการติดต่อจากงานคลังของคณะแพทยศาสตร์ต่อไป  ลงชื่อ..........................................................  (ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์)  รองคณบดีฝ่ายวิจัย  สำเนาเรียน ............................................................  วันที่ ............................................................... |