**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......................................บาทจึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและรอการติดต่อจากงานคลังของคณะแพทยศาสตร์ต่อไป ลงชื่อ.......................................................... (ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์) รองคณบดีฝ่ายวิจัยสำเนาเรียน ............................................................ วันที่ ............................................................... |