|  |  |
| --- | --- |
| logo-mdchula1 | แบบฟอร์มยืนยันการขอตรวจแก้ภาษาอังกฤษ และชำระค่าบริการก่อนการตรวจ  ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

**เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย**

**ข้าพเจ้าชื่อ-นามสกุล (ระบุตำแหน่งทางวิชาการ)................................................................. ภาควิชา............................................**

Status 🞎 **อาจารย์สังกัด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ** 🞎 **อาจารย์สังกัด รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

Office tel. No………………………… Mobile tel. No………………….………………..Email…………………………………………………….

Manuscript title …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**มีความประสงค์จะขอรับบริการการตรวจแก้ภาษาอังกฤษกับผู้ทรงคุณวุฒิของฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และยินดีที่จะชำระค่าบริการสำหรับการตรวจแก้ฯให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามจำนวนเงินที่ฝ่ายวิจัยได้คำนวณให้ โดยนับตามจำนวนคำในต้นฉบับ คือ คำละ 1 บาท (ไม่เกิน 5,000 คำ โดยไม่นับรวม reference)**

**และรับทราบว่า ภายหลังจากตรวจแก้ฯ เรียบร้อยแล้วจะสามารถเบิกคืนค่าใช้จ่ายที่ได้ชำระไปแล้ว โดยการแจ้งการ submit มายังระบบ rsapp.md.chula.ac.th เพื่อให้ฝ่ายวิจัยดำเนินการขอเบิกค่าตรวจแก้ฯ คืนจากมหาวิทยาลัยต่อไป (สามารถเบิกค่าตรวจแก้ภาษาอังกฤษคืนจากมหาวิทยาลัยได้ไม่เกิน** 7,000 บาท**)**

**หมายเหตุ:** ประกาศจุฬาฯ เรื่อง เกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสนับสนุนโครงการคลินิกวิจัย กองทุนรัชดาฯ พ.ศ. 2564

ข้อ 6 มหาวิทยาลัยจะสนับสนุนเงิน ดังนี้

มหาวิทยาลัยจะจ่ายเงินแก่ผู้ขอรับการสนับสนุนเพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญภาษาสำหรับการตรวจทานภาษาต่างประเทศต้นฉบับบทความ (Manuscript) ที่จะนำไปตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติที่ปรากฎในฐานข้อมูล ISI/SCOPUS เรื่องละไม่เกิน 7,000 บาท

ลงชื่อ**..........................................................................................** วันที่**................................................................**

**กรุณาส่งแบบฟอร์มยืนยันนี้มาที่ gibgbi@hotmail.com**

ผู้ประสานงาน ณัฐฐิกา โทร. 4455, 4466 กด 0

**“เมื่อฝ่ายวิจัยได้รับเอกสารฉบับนี้แล้ว จะดำเนินการส่งตรวจแก้ฯ ให้ต่อไป”**