**โปรดอ่าน**

**วิธีการยื่นเรื่องขอรับการสนับสนุนเงินค่าตรวจและแก้ไขภาษาตามโครงการวิจัยคลินิกวิจัย (Research Clinic)**

:อ้างอิงจากประกาศจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสนับสนันโครงการคลินิกวินิจฉัย (Research Clinic) กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช พ.ศ. 2559

1. ผู้ขอรับการสนับสนุนเงินค่าตรวจและแก้ไขภาษาตามโครงการวิจัยคลินิกวิจัย (Research Clinic)

จะต้องสังกัดภายใต้คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ แพทย์สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นอาจารย์พิเศษของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.ผู้ขอรับการสนับสนุนเงินค่าตรวจและแก้ไขภาษาตามโครงการวิจัยคลินิกวิจัย (Research Clinic)

จะต้องแนบเอกสารให้ครบถ้วนแล้วส่งมาพร้อมกับทำบันทึก ซึ่งประกอบด้วย

2.1.บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว (หน้าแรกของบทความ)

พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด

โดยจะต้องแนบหลักฐานการส่งบทความตีพิมพ์(Submit)ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติที่ปรากฏในฐานข้อมูล ISI/SCOPUS มาด้วย พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด

2.2. ใบเสร็จรับเงิน /หรือ หลักฐานอื่นที่แสดงการรับเงินของบริษัท

พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด

2.3. ใบแจ้งหนี้ (Invoice) หรือสำเนาพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด

2.4. ใบแจ้งยอดบัตรเครดิต (โดยใช้ปากกาเน้นข้อความขีดเน้นที่ยอดเงินที่ใช้ในการเบิก)

หรือสำเนาพร้อมลงลายมือชื่อ รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด

2.5. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (บก.111)

(ระบุจำนวนเงินที่จะเบิก โดยสามารถเบิกได้ตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท)

จำนวน 1 ชุด

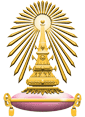
3.ในส่วนที่เป็นหน้าบันทึก ผู้ขอรับการสนับสนุนจะต้องกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนตามโครงร่างบันทึก

สามารถดาวน์โหลดโครงร่างบันทึก ได้ที่ เวปไซด์ของทางฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [www.rs.md.chula.ac.th](http://www.rs.md.chula.ac.th) โดยลบตัวอักษรที่เป็นสีแดงออกแล้วใส่ข้อมูลที่ถูกต้องลงไปแทนที่

4.ในส่วนของ บก.111 ผู้ขอรับการสนับสนุนจะต้องกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนตามโครงร่าง

บก.111 สามารถดาวน์โหลดโครงร่าง บก.111ได้ที่ เวปไซด์ของทางฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [www.rs.md.chula.ac.th](http://www.rs.md.chula.ac.th) โดยลบตัวอักษรที่เป็นสีแดงออกแล้วใส่ข้อมูลที่ถูกต้องลงไปแทนที่

5.โปรดจัดเตรียมเอกสารตามข้อกำหนดข้างต้นให้ครบถ้วนเพื่อดำเนินการไอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทางส่วนงานบริหารงานวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่ดำเนินการต่อ และส่งเอกสารทั้งหมดคืนกลับให้ผู้ยื่นเรื่องหากเอกสารไม่ครบถ้วน



# **บันทึกข้อความ**

## ส่วนงาน ภาควิชา(โปรดระบุ) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร (โปรดระบุ)

## ที่ ศธ 0512.13 /(โปรดระบุเลขที่สารบรรณของภาควิชา)วันที่ (โปรดระบุ)

**เรื่อง** ขอรับการสนับสนุนเงินค่าตรวจและแก้ไขภาษา

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**เรียน** รองอธิการบดี (ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม)

ผ่านรองคณบดีฝ่ายวิจัย

ผ่านหัวหน้าภาควิชา(โปรดระบุ)

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** 1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว (หน้าแรกของบทความ)

2. ใบเสร็จรับเงิน / หรือ หลักฐานอื่นที่แสดงการรับเงินของบริษัท

3. ใบแจ้งหนี้ (Invoice)

4. ใบแจ้งยอดบัตรเครดิต

5. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (บก.111) (ระบุจำนวนเงินที่จะเบิก)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า (โปรดระบุตำแหน่งทางวิชาการ,ชื่อและนามสกุล) อาจารย์ประจำภาควิชา(โปรดระบุ) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอทำเรื่องเบิกเงินสนับสนุนการตรวจแก้ภาษาและคุณภาพบทความวิจัยเรื่อง”(โปรดระบุ)” โดยบริษัท (โปรดระบุ) โดยได้สำรองเงินค่าใช้จ่ายเป็นเงิน (โปรดระบุ) บาท (ตามเอกสารแนบ) ในการนี้จึงใคร่ขอรับการสนับสนุนค่าตรวจทานต้นฉบับภาษาอังกฤษตามโครงการวิจัยคลินิกวิจัย (Research Clinic) เป็นเงิน (โปรดระบุ : ตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท ต่อเรื่อง ) บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(โปรดระบุตำแหน่งทางวิชาการ,ชื่อและนามสกุล)

อาจารย์ประจำภาควิชา( โปรดระบุ )

|  |  |
| --- | --- |
| เรียนรองคณบดีฝ่ายวิจัย  เพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อ  (โปรดระบุตำแหน่งทางวิชาการ,ชื่อและนามสกุล)  หัวหน้าภาควิชา( โปรดระบุ ) | เรียน รองอธิการบดี(ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม)  เพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วยจักขอบคุณยิ่ง  (ศาสตราจารย์ นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์)  รองคณบดีฝ่ายวิจัย |

แบบ บก. 111

## ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

### ส่วนราชการ ……………...............................คณะแพทยศาสตร์…………………….………………..………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดรายจ่าย** | **จำนวนเงิน (บาท)** | **หมายเหตุ** |
| (โปรดระบุ) | ค่าบริการในการตรวจแก้ภาษาอังกฤษโดย บริษัท  (โปรดระบุ) สำหรับ Manuscript  เรื่อง” (โปรดระบุ) ” ได้สำรองเงินค่าใช้จ่ายเป็นเงิน (โปรดระบุ) บาท โดยขออนุมติเงินสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเป็นจำนวนเงิน (โปรดระบุ : ตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท ต่อเรื่อง )บาท | (โปรดระบุ) |  |
|  | รวมทั้งสิ้น | (โปรดระบุ) |  |

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้า (โปรดระบุตำแหน่งทางวิชาการ,ชื่อและนามสกุล) ตำแหน่ง (โปรดระบุ เช่น อาจารย์ ) สังกัดภาควิชา/หน่วย (โปรดระบุ) คณะแพทยศาสตร์ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบสำคัญรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ)…………………………………….

(โปรดระบุตำแหน่งทางวิชาการ,ชื่อและนามสกุล)

วันที่ (โปรดระบุ)