|  |  |
| --- | --- |
| logo-mdchula1 | แบบฟอร์มยืนยันการขอตรวจแก้ภาษาอังกฤษ และการชำระค่าบริการฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

**เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย**

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

Status 🞎 **อาจารย์สังกัด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ**

 🞎 **อาจารย์สังกัด รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย** **(นักวิจัยพันธมิตร จึงจะสามารถเบิกเงินสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยได้)**

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

Manuscript title **…………………………………………………………………………………………………………………………………………….......……**

**กรุณาระบุชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ภาษา……………………………………………………………………………………………………………….......…**

**มีความประสงค์จะขอรับบริการการตรวจแก้ภาษาอังกฤษกับผู้ทรงคุณวุฒิของฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และยินดีที่จะชำระค่าบริการสำหรับการตรวจแก้ภาษาให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามจำนวนเงินที่ฝ่ายวิจัยได้คำนวณให้ โดยนับตามจำนวนคำในต้นฉบับ คำละ** 1.50 **บาท (โดยไม่นับรวม reference** และ **Figure)**

**และรับทราบว่า ภายหลังจากได้รับการ** Submit หรือ Accept หรือ Publish **เรียบร้อยแล้ว สามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่ได้ชำระไปแล้วคืนจากมหาวิทยาลัยได้** (มหาวิทยาลัยสนับสนุนค่าตรวจทานภาษา ตามจ่ายจริงไม่เกิน 7**,000** บาท/บทความ) **โดย**ยื่นเรื่องขอเบิกค่าสนับสนุนการตรวจทานภาษาคืนจากมหาวิทยาลัยที่ <https://myresearch.chula.ac.th/> พร้อมแนบหลักฐานการ Submit หรือ Accept หรือ Publish, ใบ Invoice (ใบแจ้งหนี้) และหลักฐานการชำระเงิน **(ชื่อต้องตรงกับผู้ขอรับการสนับสนุน)**

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

ข้อ 6 มหาวิทยาลัยจะสนับสนุนเงิน ดังนี้

 มหาวิทยาลัยจะจ่ายเงินแก่ผู้ขอรับการสนับสนุนเพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญภาษาสำหรับการตรวจทานภาษาต่างประเทศต้นฉบับบทความ (Manuscript) ที่จะนำไปตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติที่ปรากฎในฐานข้อมูล SCOPUS **ตามจ่ายจริงไม่เกิน 7,000 บาท/บทความ**

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

**กรุณาส่งแบบฟอร์มยืนยันนี้มาที่** **nopphawit.med.chula@gmail.com**

ผู้ประสานงาน คุณณพวิทย์ มณี โทร. 4455, 4466 กด 22

**“เมื่อฝ่ายวิจัยฯ ได้รับเอกสารฉบับนี้แล้ว จะดำเนินการส่งตรวจแก้ฯ ให้ต่อไป”**