

แบบฟอร์มขอใช้บริการที่ศูนย์วิจัยคลินิก (PSU-CRC)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทร 074451735 หมายเลขภายใน 1735, 1736

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

สาขาวิชา/หน่วยงาน

ชื่อโครงการวิจัย

REC.....Protocol number.....

ใบรับรองจาก LEC หมดอายุวันที่(กรุณาแนบหลักฐาน)

ผู้ประสานงานภายใน คณะแพทยศาสตร์ มอ. ชื่อ-สกุล เบอร์มือถือ (10 หลัก) อีเมลล์.....	ผู้ประสานงานภายนอก คณะแพทยศาสตร์ มอ. ชื่อ-สกุล เบอร์มือถือ (10 หลัก) อีเมลล์.....
---	--

1. ความต้องการใช้ระบบ EMR (HIS)

- ☐ ใช่ กรุณาแจ้งให้ผู้ประสานงานภายใน ส่ง HN มายังศูนย์วิจัยคลินิก ห้ามบุคคลภายนอกส่งเลข HN
- ☐ ไม่ต้องการ

2. บริการที่ต้องการ

บริการ	อัตราค่าบริการ (ไม่รวม20%OH)	20%OH	วันที่ใช้บริการ	จำนวน คน	รวมค่าบริการ
☐ ห้องประชุมใหญ่พร้อม คอม/จอฉายภาพ	3,000 บาทต่อ วัน	600 บาทต่อวัน			
☐ Monitor package (08.30-16.30 น)	1,000 บาทต่อ คนต่อวัน	200 บาทต่อคนต่อ วัน			
☐ Monitor package (หลังเวลา 16.30 น)	200 บาทต่อคน ต่อชั่วโมง	40 บาทต่อคนต่อ ชั่วโมง			

3. ผู้ใช้บริการทุกคน ได้ลงนามในเอกสารพินัยสิทธิ์ ครบถ้วน และแนบมาด้วยแล้ว

4. กรณีการเบิกจ่ายจากแหล่งทุนไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของ CRC กรุณาแสดงหลักฐานการชำระค่าบริการเข้า บัญชี SCB: สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 565-2-00657-5

***ส่งเอกสารทั้งหมดได้ที่ poohsupattra@gmail.com**

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ

วันที่.....