



ภาควิชา/หลักสูตร.....

โทร.....

ที่ อว ๗๘.....

วันที่ .....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง/นักศึกษาหลักสูตร.....

สังกัด/ภาควิชา.....เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง.....

.....มีความประสงค์ทำงานวิจัยที่คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

ขอใช้ยูนิต/สถานที่ ของคลินิก/ศูนย์/หน่วย.....

จำนวนยูนิตที่ต้องการใช้.....ยูนิต , พื้นที่อื่น.....

วัสดุประสงค์ในการขอใช้  ให้การบำบัดรักษา  ใช้เครื่องมือ/ครุภัณฑ์ .....

แจกแบบสอบถาม  อื่นๆ ระบุ.....

ขอใช้ข้อมูลผู้ป่วย ของคลินิก/ศูนย์/หน่วย.....

ลักษณะของข้อมูลที่ต้องการใช้

ประวัติการรักษาผู้ป่วย.....ราย  ข้อมูลภาพรังสี เทคนิค.....จำนวน.....ฟิล์ม

อื่นๆ ระบุ.....

แหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน .....สิ่งที่ให้การสนับสนุน.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้เตรียมกระบวนการวิจัยที่จะรักษาข้อมูลส่วนบุคคลจากเอกสารหลักฐาน/วัตถุที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้ในงานวิจัยของข้าพเจ้า เพื่อเป็นความลับ ปกปิด ป้องกันการนำไปใช้ประโยชน์อื่นหรือการเผยแพร่ และได้แนบสำเนาโครงการวิจัยดังกล่าว รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

หัวหน้าภาควิชา.....

(๑.๑) ความเห็น ผู้ควบคุมคลินิก ศูนย์และหน่วย (กรณีขอใช้ยูนิต / สถานที่)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นว่า  รับรอง  ให้ทบทวน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

(๑.๒) ความเห็น ผู้ควบคุมคลินิก ศูนย์และหน่วย (กรณีขอใช้ข้อมูลผู้ป่วย)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นว่า  รับรอง  ให้ทบทวน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

(๒) ความเห็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

อนุมัติ  ให้ทบทวน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....