**แบบ วจต.02 ปรับปรุงครั้งที่ 1**

ลำดับที่

วันที่รับ

**(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

**แบบขอรับเงิน****สนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge)**

**ประจำปีงบประมาณ**..........................

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เสนอขอ**

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่งทางวิชาการ ภาควิชา/หน่วยงาน สถานะในบทความวิชาการ □ Corresponding Author □ First Author □ Co- Author

**2. ข้อมูลของบทความวิชาการที่ขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge)**

ชื่อวารสาร

ประเทศ ประจำปี เล่มที่ หน้าที่

หัวข้อเรื่อง

สำนักพิมพ์

บทความเป็นบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติที่มีชื่อในฐานข้อมูล พร้อมแนบเอกสารประกอบ

* Scopus □ Web of Science □ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ค่าควอร์ไทล์ (Quartile) ตรวจสอบจากฐานข้อมูล Scimago Journal & Country Rank (SJR) พร้อมแนบเอกสารประกอบ

* ค่าควอร์ไทล์อันดับ 1 (Q1)

ค่าImpact Factor ตรวจสอบจากฐานข้อมูล Journal Citation Reports (JCR) พร้อมแนบเอกสารประกอบ

* F ≥ 1.00

**3. ยอดเงินเสนอขอ**

ขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เป็นจำนวน บาท ( )

และเมื่อได้รับผลการพิจารณาอนุมัติแล้ว โปรดนำเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์

ประเภท สาขา เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี

**หลักฐานการชำระเงิน (อย่างใดอย่างหนึ่ง)**

* ใบเสร็จรับเงิน
* ใบสำคัญรับเงิน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรับรองสำเนาถูกต้อง
* สำเนาหลักฐานใบแจ้งการตัดชำระผ่านบัตรเครดิต (Credit Card Statement) พร้อมรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง

อัตราการสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge)

คณะสนับสนุนค่าจัดเตรียมต้นฉบับตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 15,000 บาทต่อหนึ่งบทความ ในอัตราปกติของค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ต่อหน้า (Regular page charge) และไม่รวมค่า Reprint โดยจัดสรรเงินสนับสนุนจากเงินรายได้คณะ

ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ได้รับเงินสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นในการตีพิมพ์บทความเดียวกัน คณะกรรมการพิจารณาฯ จะพิจารณาจัดสรรเงินสนับสนุนให้เฉพาะส่วนต่างที่ยังขาด ซึ่งเมื่อรวมเงินสนับสนุนจากแหล่งอื่นแล้ว ต้องไม่เกินค่าใช้จ่ายจริงในการตีพิมพ์บทความที่วารสารนั้นเรียกเก็บและไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ (15,000 บาทต่อหนึ่งบทความ) ซึ่งผู้เสนอขอรับเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ต้องแนบหลักฐานเอกสารการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นมาประกอบด้วย

**4. คำรับรอง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตาม ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการสนับสนุนค่าจัดเตรียมต้นฉบับ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เงินส่งเสริมการตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการระดับชาติและนานาชาติ และเงินส่งเสริมการการจดสิทธิบัตรหรืออนุสิทธิบัตร พ.ศ. 2568 ลงวันที่ 18 เมษายน 2568 ดังต่อไปนี้

* เป็นข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย (คณะทันตแพทยศาสตร์) ซึ่งมีผลงานที่ดำเนินการภายใต้สังกัดคณะฯ และได้ยื่นตีพิมพ์ในระหว่างเป็นบุคลากรคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
* เป็นบทความวิชาการที่ระบุชื่อส่วนงาน Faculty of Dentistry, Mahidol University เป็นต้นสังกัด (Affiliation) ของผู้มีสิทธิ์เสนอขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge) อย่างถูกต้อง
* ผลงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่ขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ **ไม่เคย** ได้รับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มาก่อน
* เป็นบทความที่มิใช่ผลงานจากวิทยานิพนธ์ หรือผลงานวิจัยเพื่อสำเร็จการศึกษาของผู้เสนอขอรับทุน
* ผลงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่ขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์นี้ มีการตีพิมพ์มาแล้วไม่เกิน 3 ปี ก่อนวันที่ยื่นขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
* บทความวิชาการนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับผู้เสนอขอท่านอื่น

ลงนาม ผู้เสนอขอ  
 ( )

วันที่

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น**

ลงนาม ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น  
 ( )

วันที่

**แบบตรวจสอบเอกสาร** **(Checklist)**

**ประกอบการนำส่งแบบขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge)**

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

**คำชี้แจง** กรุณาจัดเรียงเอกสารตามรายการเอกสารด้านล่างและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารด้วยตนเอง   
 พร้อมทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ตรวจสอบว่ามีเอกสารครบถ้วนแล้ว

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการเอกสาร** | **Checklist ☑** |
| 1 | แบบฟอร์มขอรับเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Page Charge) จำนวน 1 ฉบับ | □ |
| 2 | สำเนาบทความวิชาการที่เสนอขอ จำนวน 1 ฉบับ | □ |
| 3 | เอกสารหลักฐานแสดงรายละเอียดค่าควอไทล์ (Quartile) ของวารสาร จำนวน 1 ฉบับ | □ |
| 4 | เอกสารหลักฐานแสดงรายละเอียดค่า Impact Factor (IF) ของวารสาร จำนวน 1 ฉบับ | □ |
| 5 | หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)   * ใบเสร็จรับเงิน * ใบสำคัญรับเงิน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรับรองสำเนาถูกต้อง * สำเนาหลักฐานใบแจ้งการตัดชำระผ่านบัตรเครดิต (Credit Card Statement) พร้อมรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง | □ |
| 6 | อื่นๆ โปรดระบุ |  |

ลงนาม ผู้เสนอขอ  
 ( )

วันที่