

แบบฟอร์มคำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(ในกรณีการเก็บข้อมูลยังไม่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย)

หน่วยทะเบียนมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร. 053-945730

ผู้ขอใช้บริการ.....ตำแหน่ง.....

ภาควิชา/หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

หัวข้อ/ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

วัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลนี้ไปใช้

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ.....

(.....)

วันที่.....

ความเห็นของหัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน (หมายเหตุ [2], [3])

.....

.....

ลงชื่อหัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน.....

(.....)

ภาควิชา/หน่วยงาน.....

วันที่.....

ความเห็นของหัวหน้าหน่วยทะเบียนมะเร็ง

อนุมัติ

อนุมัติ และมีรายละเอียดดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ [1] แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะภาควิชา/หน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์

[2] นักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน โปรดให้หัวหน้าภาควิชาพิจารณาก่อน

[3] เจ้าหน้าที่พยาบาล โปรดให้หัวหน้างานพิจารณาก่อน

[4] หน่วยงานนอกคณะแพทยศาสตร์ ให้ทำเรื่องขออนุมัติผ่านคณบดี