

- ขอรับคำปรึกษาครั้งที่ 1
 ครั้งต่อเนื่อง

แบบฟอร์มขอรับบริการปรึกษาด้านสถิติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยาคลินิก

- ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง/สถานะ อาจารย์ พชท./พจบ./แพทย์ต่อยอด (Fellow)
 นักศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก ศิษย์ปัจจุบัน/ศิษย์เก่า Ph.D. หรือ Short course
 อื่นๆ ระบุ.....
 สังกัด คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชา..... คณะอื่น ระบุ.....
 หน่วยงานภายนอก ระบุ (ถ้ามี).....
 ไม่มีสังกัด

ชื่อโครงการวิจัย/วิทยานิพนธ์.....

หัวหน้าโครงการวิจัย: สังกัด.....

อาจารย์ที่ปรึกษา (กรณีเป็นนักศึกษา/พชท./พจบ./แพทย์ต่อยอด (Fellow)):

- รายนามอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก: สังกัด.....
 รายนามอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม (ถ้ามี): สังกัด.....
 รายนามอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม (ถ้ามี): สังกัด.....
 เป็นงานวิจัยประกอบการศึกษาระดับ ปริญญาตรี ปริญญาโท ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง ปริญญาเอก

มีความประสงค์จะขอรับคำปรึกษาในเรื่อง (กรุณาขีด ✓ ลงใน ที่ต้องการ)

มีความประสงค์ขอรับคำปรึกษาทั้งโครงการ

การพัฒนาโครงงานวิจัย	การนำเข้าข้อมูลงานวิจัย	การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย	การตีพิมพ์ผลงานวิจัยและอื่นๆ
<input type="checkbox"/> การคำนวณขนาดตัวอย่าง	<input type="checkbox"/> ขอรับคำปรึกษา / สร้างแบบบันทึกฯ	<input type="checkbox"/> การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์	<input type="checkbox"/> การเตรียม Manuscript (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)
<input type="checkbox"/> ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติ	<input type="checkbox"/> การนำเข้าข้อมูล	<input type="checkbox"/> ขอรับคำปรึกษาการใช้โปรแกรมสถิติ	<input type="checkbox"/> การตอบคำถาม reviewer (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)
<input type="checkbox"/> การตอบคำถามคณะกรรมการจริยธรรมฯ (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)	<input type="checkbox"/> การสร้างตัวแปรในโปรแกรม	<input type="checkbox"/> ขอรับคำปรึกษาการใช้สถิติวิเคราะห์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> การวิเคราะห์ข้อมูล <input type="checkbox"/> การแปลผลและการนำเสนอข้อมูล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

ขอรับคำปรึกษาจาก

- คุณปิยนันท์ สุภรัตน์กุล
- อื่นๆ

วันเวลาที่ขอรับคำปรึกษา (ต้องนัดล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 3 วันทำการ และปรึกษาได้ครั้งละไม่เกิน 60 นาที)

วันที่..... เวลา.....

สถานะการรับรองจริยธรรมการวิจัย

- อยู่ระหว่างการยื่นขอรับการพิจารณา
- ผ่านการพิจารณาแล้ว เลขที่.....

แหล่งทุนวิจัย (ด้านการศึกษานักสถิติ/การวิเคราะห์ข้อมูล)

- ทุนภายนอกคณะฯ จำนวน.....บาท
- ทุนภายในคณะฯ จำนวน.....บาท
- ไม่ได้ขอทุนวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์และข้าพเจ้ายินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (กรณีเป็นบุคคลภายนอกที่มี MOU กับ คณะแพทยศาสตร์) ตามอัตราค่าธรรมเนียมการใช้บริการจากหน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ที่ระบุในประกาศ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 667/2563

หากมีปัญหาสมาารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่หมายเลขโทรศัพท์.....หรือ e-mail.....

ลงชื่อ.....
()

คำรับรอง อาจารย์ที่ปรึกษา*	คำรับรอง หัวหน้าภาควิชา / หน่วยงาน*	ความเห็นของหัวหน้า หน่วยระบาดวิทยาคลินิก
ขอรับรองความถูกต้องในการขอรับ คำปรึกษาทางสถิติ	ขอรับรองความถูกต้องในการขอรับ คำปรึกษาทางสถิติ	<input type="checkbox"/> อนุมัติและดำเนินการต่อ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก
ลงชื่อ ①..... () อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก/ร่วม/...../.....	ลงชื่อ ②..... () หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน/...../.....	ลงชื่อ..... (ศาสตราจารย์ นพ.ดร.สุรัชย์ แซ่จิ่ง) หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยาคลินิก/...../.....

* หมายเหตุ: กรณีเป็นนักศึกษา/พชท./พจบ./แพทย์ต่อยอด (Fellow) ต้องลงนาม ① และ ②
 กรณีบุคลากรคณะฯ / บุคคลภายนอกคณะฯ ต้องลงนาม ②
 บุคลากรที่ไม่มีสังกัด ไม่ต้องลงนามรับรอง