แบบฟอร์มการขอเข้าใช้ห้องปฏิบัติการศูนย์วิจัยการแพทย์ปริวรรต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล .....รหัสบุคลากร/รหัสนักศึกษา (ถ้ามี).....

1.2 ตำแหน่ง ❍ อาจารย์ ❍ นักวิจัย/นักวิทยาศาสตร์ ❍ ผู้ช่วยวิจัย (ระบุชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย).....

❍ นักศึกษา ❍ นักศึกษาฝึกงาน/สหกิจศึกษา (ระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา) .....

❍ อื่นๆ .....

1.3 ช่องทางติดต่อ E-mail ..... **เบอร์โทรศัพท์** .....**เบอร์ภายใน**.....

1.4 สังกัด ❍ คณะแพทยศาสตร์ มอ. ❍ คณะ..... มอ. ❍ อื่น ๆ ระบุ.....

หมายเหตุ : รายการเอกสารแนบ

บุคคลภายในคณะแพทยศาสตร์

1. สำเนาหน้าโครงการ/เลข EC ที่เกี่ยวข้องกับงานที่เข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

บุคคลภายนอกคณะแพทยศาสตร์ (อัตราค่าใช้บริการเครื่องมือวิจัยตามประกาศคณะแพทยศาสตร์)

1. สำเนาหน้าโครงการ/เลข EC ที่เกี่ยวข้องกับงานที่เข้าใช้ห้องปฏิบัติการ
2. หนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัดในการขอเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

ผู้ช่วยวิจัย

1. สำเนาหน้าโครงการ/เลข EC ที่เกี่ยวข้องกับงานที่เข้าใช้ห้องปฏิบัติการ (กรณีหัวหน้าโครงการลงทะเบียนแล้ว ไม่ต้องแนบเพิ่มเติม)
2. สัญญาจ้าง/หนังสือรับรองจากหัวหน้าโครงการวิจัย หรือเอกสารอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการจ้างงาน
3. หนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัดในการขอเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการขอเข้าใช้พื้นที่ห้องปฏิบัติการ

2.1 วัตถุประสงค์ของการเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

❍ ขอใช้พื้นที่และเครื่องมือในการทำวิจัย (กรุณา ✓ ข้อที่ต้องการขอรับบริการ)

☐ พื้นที่โต๊ะปฏิบัติการ ☐ พื้นที่จัดเก็บสารเคมี ☐ ล็อคเกอร์ ☐ พื้นที่ห้องเก็บของ ☐ พื้นที่ตู้เย็น 4, -20, -80 องศา

เครื่องมือที่ต้องการใช้งาน (ระบุเฉพาะเครื่องมือหลัก).....

.....

.....

ห้องปฏิบัติการที่ต้องการขอเข้าใช้งาน

กรุณาเลือก (✓)	รายการ	กรุณาเลือก (✓)	รายการ	กรุณาเลือก (✓)	รายการ
	1. Medical genomics laboratory		2. Proteomics laboratory		3. Cell culture room
	4. Medical Bioinformatics laboratory		5. Flow cytometry		6. Chemical room
	7. LCMS-MS		8. Pre-PCR/Post-PCR		9. Biobank
	10.....		11.....		12.....

พื้นที่ปฏิบัติงาน**หลัก** (โปรดระบุ **1 หมายเลข**) .....

❍ ทำการเรียนการสอนในรายวิชา .....ภาคการศึกษาที่.....

❍ อื่นๆ .....

2.2 ระยะเวลาในการเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

หมายเหตุ บัตรเข้า-ออกและสิทธิ์การเข้าใช้พื้นที่จะมีการขอต่ออายุใหม่ทุกปี

2.3 ช่วงเวลาเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

❍ ในเวลาราชการ (08.30-16.30 น.)

❍ นอกเวลาราชการ เวลา..... ขอเข้าใช้นอกเวลาเนื่องจาก .....

.....

หมายเหตุ

1. กรณีปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการนอกเวลาราชการจะต้องอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาหรือหัวหน้าโครงการวิจัย
2. นอกเวลาราชการ ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการเพียงลำพังโดยเด็ดขาด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารแนบประกอบ

สำหรับผู้ขอรับบริการ (โปรดระบุ)	No.	รายการเอกสารแนบ	สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เท่านั้น		
			Yes	No	Remark
☐	1	Research Proposal			
☐	2	หนังสือ/สัญญาจ้างผู้ช่วยวิจัย (สำหรับผู้ช่วยวิจัย)			
☐	3	หนังสือรับรองการว่าจ้างจากหัวหน้าโครงการวิจัย (สำหรับผู้ช่วยวิจัย)			
☐	4	หนังสือขอเข้าใช้ห้องปฏิบัติการ (สำหรับหน่วยงานภายนอก)			
☐	5	เอกสารอื่น ๆ ระบุ.....			
☐	6	เอกสารอื่น ๆ ระบุ.....			
☐	7	เอกสารอื่น ๆ ระบุ.....			

ข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามระเบียบและข้อปฏิบัติของห้องปฏิบัติการศูนย์วิจัยการแพทย์ปริวรรต กรณีทำให้เกิดความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าเสียหายตามจริง และขอรับรองว่าเมื่อจบโครงการและมีการตีพิมพ์ผลงานวิจัย จะมีการ Acknowledge การเข้าใช้เครื่องมือหรือพื้นที่วิจัยของศูนย์วิจัยการแพทย์ปริวรรต (Translational Medicine Research Center) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ตัวอย่าง “The research facilities and infrastructure provided by Translational Medicine Research Center, faculty of Medicine…”)

ลงชื่อ .....ผู้ปฏิบัติงาน
(.....)
วันที่ .....

ลงชื่อ .....อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ
(.....)
วันที่.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

☐ เห็นควร ☐ไม่เห็นควร ให้เข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

เหตุผล.....

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
(.....)
วันที่ .....

ความเห็นของประธานคณะกรรมการห้องปฏิบัติการ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ให้เข้าใช้ห้องปฏิบัติการ

เหตุผล.....

ลงชื่อ .....ผู้อำนวยการศูนย์ฯ
(.....)
วันที่.....