|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| URU-TNew2 | **Uttaradit Rajabhat University****Research Ethics Committee** | **แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย (Conflict of Interest and Funding Form)** |

Please fill in this form and provide necessary documents that apply. This form will help exemption or expedite the review process.

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 : ข้อมูลโครงการ** |
| 1.1 | ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย): |
| 1.2 | ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ): |
| 1.3 | ชื่อผู้วิจัย: |
| 1.4 | สังกัดหน่วยงาน : |
| **ส่วนที่ 2 : ทุนวิจัย** |
| 2.1 | **แหล่งทุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)** | **จำนวนเงิน (บาท)** |
| □ ไม่มี |  |
| □ สาขาวิชา/ สถาบัน  |  |
| □ บริษัท/เภสัชภัณฑ์  |  |
| □ อื่น ๆ (ระบุ): ……..……………………...... |  |
| **รวมทุกรายการ** |  |
| 2.2 | **เงินตอบแทนผู้วิจัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)** | **จำนวนเงิน (บาท)** |
| □ เงินเดือนจ่ายตลอดช่วงเวลาโครงการวิจัย |  |
| □ เงินเหมาจ่ายต่อโครงการ |  |
| □ เงินตอบแทนคิดต่ออาสาสมัคร 1 ราย |  |
| □ อื่น (ระบุ)…………………………….. |  |
|  | **รวมทุกรายการ** | **จำนวนเงิน (บาท)** |
| **ส่วนที่ 3 : การมีผลประโยชน์ทับซ้อน** |
| 3.1 | ท่านได้รับผลประโยชน์จากบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย เช่น เป็นเจ้าของ ถือครองหุ้น หรือไม่ **(ถ้ามี อธิบาย หรือระบุร้อยละของจำนวนหุ้นทั้งหมด)**............................................................................................................................................... | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| 3.2 | ท่านมีตำแหน่งในบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือไม่ **(ถ้ามี ระบุตำแหน่ง )**............................................................................................................................................... |  |  |
| 3.3 | ท่านเป็นวิทยากรที่บรรยายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือได้รับการสนับสนุนสนับสนุนให้เข้าประชุมวิชาการที่ต่างประเทศ ในช่วงปีที่ผ่านมา หรือไม่ **(ถ้ามี ระบุรายละเอียด)**............................................................................................................................................... |  |  |
| 3.4 | ท่านเป็นที่ปรึกษาของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือไม่ **(ถ้ามี ระบุเงินเดือน)**............................................................................................................................................... |  |  |
| 3.5 | ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย ในด้านการจัดซื้อ การขาย การขึ้นทะเบียน การเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์หรือสิทธิบัตรยาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ท าการศึกษาครั้งนี้ **หรือไม่ (ถ้ามี ระบุรายละเอียด)**............................................................................................................................................... |  |  |
| 3.6 | ท่านมีผลประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจากข้อ 1-5 **(ถ้ามี ระบุรายละเอียด)**............................................................................................................................................... |  |  |
| **หมายเหตุ: หากทั้งคณะผู้วิจัยไม่มี COI ให้ยื่นแบบฟอร์มร่วมกันได้ แต่หากในคณะผู้วิจัยท่านใดมี COI ให้ยื่นแบบฟอร์มแยก** |
| ลงนามผู้วิจัย .............................................................................(....................................................................)วันที่........................................................................ ลงนามผู้ร่วมวิจัย ......................................................................ผู้ร่วมลงนามทุกคน(....................................................................)วันที่........................................................................ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา............................................................................. *(กรณีนักศึกษา)* (....................................................................) วันที่........................................................................ |
| **คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์****สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์** **ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ 53000****โทรศัพท์: 08 1785 2200, 06 1269 2552** **อีเมล: uru.rec@uru.ac.th** |