|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| URU-TNew2 | **Uttaradit Rajabhat University**  **Research Ethics Committee** | **แบบประวัติผู้วิจัยหลัก** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป** | | | | | | | |
| **1.1** | **ชื่อ** | (ภาษาไทย) | | | | | |
| (ภาษาอังกฤษ) | | | | | |
| **1.2** | **สถานะ** |  | | | | | |
| **1.3** | **สังกัด** |  | | | | | |
| **1.4** | **ติดต่อ** | โทรศัพท์สำนักงาน: | | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ: | | | | | |
| อีเมล: | | | | | |
| **1.5** | **ความเชี่ยวชาญ/สาขาการศึกษา** | | |  | | | |
| **ส่วนที่ 2: ข้อมูลการศึกษา** | | | | | | | |
| **ปี** | | | **คุณสมบัติ/ปริญญา** | | | **สถาบัน** | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| **ส่วนที่ 3: สิ่งตีพิมพ์** | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| **ส่วนที่ 4: การอบรม** | | | | | | | |
| **ชื่อหลักสูตร** | | | | | **วันที่** | | **วันที่หมดอายุ** |
|  | | | | |  | |  |
|  | | | | |  | |  |
| **โปรดแนบหลักฐานการอบรม Human Subject Protection Course (HSP)และ/หรือ Good Clinical Practice (GCP)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **หมายเหตุ:** วันหมดอายุของหลักฐานการผ่านการอบรม Human Subject Protection Course (HSP) และ Good Clinical Practice (GCP) Certificate หากไม่มีการระบุวันหมดอายุ จะนับวันหมดอายุ 3 ปี หลังจากที่ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรม | | | | | | | |
| ลงนามผู้วิจัย .............................................................................  (....................................................................)  วันที่........................................................................ | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| URU-TNew2 | **Uttaradit Rajabhat University**  **Research Ethics Committee** | **แบบประวัติผู้วิจัยร่วม** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป** | | | | | | | |
| **1.1** | **ชื่อ** | (ภาษาไทย) | | | | | |
| (ภาษาอังกฤษ) | | | | | |
| **1.2** | **สถานะ** |  | | | | | |
| **1.3** | **สังกัด** |  | | | | | |
| **1.4** | **ติดต่อ** | โทรศัพท์สำนักงาน: | | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ: | | | | | |
| อีเมล: | | | | | |
| **1.5** | **ความเชี่ยวชาญ/สาขาการศึกษา** | | |  | | | |
| **ส่วนที่ 2: ข้อมูลการศึกษา** | | | | | | | |
| **ปี** | | | **คุณสมบัติ/ปริญญา** | | | **สถาบัน** | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| **ส่วนที่ 3: สิ่งตีพิมพ์** | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| **ส่วนที่ 4: การอบรม** | | | | | | | |
| **ชื่อหลักสูตร** | | | | | **วันที่** | | **วันที่หมดอายุ** |
|  | | | | |  | |  |
|  | | | | |  | |  |
| **โปรดแนบหลักฐานการอบรม Human Subject Protection Course (HSP)และ/หรือ Good Clinical Practice (GCP)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **หมายเหตุ:** วันหมดอายุของหลักฐานการผ่านการอบรม Human Subject Protection Course (HSP) และ Good Clinical Practice (GCP) Certificate หากไม่มีการระบุวันหมดอายุ จะนับวันหมดอายุ 3 ปี หลังจากที่ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรม | | | | | | | |
| ลงนามผู้วิจัยร่วม .............................................................................  (....................................................................)  วันที่........................................................................ | | | | | | | |