**แบบฟอร์มขอรับบริการปรึกษาด้านสถิติ**

□ ขอรับคำปรึกษาครั้งที่ 1

□ ครั้งต่อเนื่อง

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **การพัฒนาโครงร่างงานวิจัย** | **การนำเข้าข้อมูลงานวิจัย** | **การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย** | **การตีพิมพ์ผลงานวิจัยและอื่นๆ**  |
| * การคำนวณขนาดตัวอย่าง
 | * ขอรับคำปรึกษา / สร้างแบบบันทึกฯ
 | * การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์
 | * การเตรียม Manuscript (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)
 |
| * ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติ
 | * การนำเข้าข้อมูล
 | * ขอรับคำปรึกษาการใช้โปรแกรมสถิติ
 | * การตอบคำถาม reviewer (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)
 |
| * การตอบคำถามคณะกรรมการจริยธรรมฯ (เฉพาะสถิติและการนำเสนอข้อมูล)
 | * การสร้างตัวแปรในโปรแกรม
 | * ขอรับคำปรึกษาการใช้สถิติวิเคราะห์
 | * อื่นๆ ระบุ......................
 |
| * อื่นๆ ระบุ......................
 | * อื่นๆ ระบุ......................
 | * การวิเคราะห์ข้อมูล
 |  |
|  |  | * การแปลผลและการนำเสนอข้อมูล
 |  |
|  |  | * อื่นๆ ระบุ......................
 |  |

**ขอรับคำปรึกษาจาก**

|  |  |
| --- | --- |
| * คุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์
 | * คุณจิตรจิรา ไชยฤทธิ์
 |
| * ไม่ระบุ (ทางหน่วยฯ ดำเนินการจัดให้)
 |  |

**วันเวลาที่ขอรับคำปรึกษา** (ต้องนัดล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 3 วันทำการ และปรึกษาได้ครั้งละไม่เกิน 60 นาที)

|  |  |
| --- | --- |
| วันที่................................................................................... | เวลา................................................................................... |

**สถานะการรับรองจริยธรรมการวิจัย**

|  |  |
| --- | --- |
| * อยู่ระหว่างการยื่นขอรับการพิจารณา
 | * ผ่านการพิจารณาแล้ว เลขที่.........................................
 |

**แหล่งทุนวิจัย (ด้านการปรึกษานักสถิติ/การวิเคราะห์ข้อมูล)**

|  |  |
| --- | --- |
| * ทุนภายนอกคณะฯ จำนวน..............................บาท
 | * ทุนภายในคณะฯ จำนวน..............................บาท
 |
| * ไม่ได้ขอทุนวิจัย
 |  |

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

หากมีปัญหาสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่หมายเลขโทรศัพท์……………………….………หรือ e-mail………………..…..……………………

 ลงชื่อ................................................................

 ( )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **คำรับรอง****อาจารย์ที่ปรึกษา\*** | **คำรับรอง****หัวหน้าภาควิชา / หน่วยงาน\*** | **ความเห็นของหัวหน้า****หน่วยระบาดวิทยาคลินิก**  |
| ขอรับรองความถูกต้องในการขอรับคำปรึกษาทางสถิติลงชื่อ**①**....................................................( ) อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก/ร่วม ......../...................../.............**\* หมายเหตุ: กรณีเป็นนักศึกษา/พชท./พจบ./แพทย์ต่อยอด (Fellow) ต้องลงนาม ① และ ②****กรณีบุคลากรคณะฯ / บุคคลภายนอกคณะฯ ต้องลงนาม ②** **บุคลากรที่ไม่มีสังกัด ไม่ต้องลงนามรับรอง** | ขอรับรองความถูกต้องในการขอรับคำปรึกษาทางสถิติลงชื่อ**②**....................................................( ) หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน  ......../...................../............. | * อนุมัติและดำเนินการต่อ
* ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

..................................................ลงชื่อ....................................................(รองศาสตราจารย์ ดร. ภาธร ภิรมย์ไชย)หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยาคลินิก ......../...................../............. |