

 **แบบขอใช้ Isoflurane หน่วยสัตว์ทดลอง**

**งานบริการวิชาการและวิจัย คณะแพทยศาสตร์**

**1 ชื่อ-สกุล......................................................................ภาควิชา............................................................................................**

**ตำแหน่ง**

 อาจารย์ นักวิจัยระดับ post-doc ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

 นักศึกษา ปริญญาโท ปริญญาเอก รหัสประจำตัวนักศึกษา............................................

 อื่นๆ (โปรดระบุ)...........................................................................................................................................................................

โครงการวิจัย .........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ชื่อหัวหน้าโครงการ.......................................................................................... ภาควิชา........................................................................

เลขที่ใบรับรองการขอจริยธรรมสัตว์ ………………………………...………………………………………..…………………............................................

ซึ่งมีความประสงค์ขอเข้าใช้งานสำหรับทำการทดลอง

ระหว่างวันที่.............เดือน..................................พ.ศ. ……………… ถึง วันที่............. เดือน............................... พ.ศ. ..........................

ทั้งนี้ ได้ชำระเงินค่าสัตว์และค่าเลี้ยงสัตว์ทดลอง แล้วดังใบเสร็จรับเงินเลขที่.................................................. ลงวันที่..........................

จำนวน................................ บาท

 ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่า

 🗆 Isoflurane จำนวน...................บาท ขวดละ 2,200 บาท

|  |  |
| --- | --- |
| **2 สำหรับผู้ขอ**ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ...................................... (...........................................)**4 สำหรับหัวหน้าหน่วยสัตว์ทดลอง**  **( ) อนุมัติตามเสนอ** ลงชื่อ......................................  (รศ.จริยา อำคา เวลบาท) รักษาการหัวหน้าหน่วยสัตว์ทดลอง**6 เจ้าหน้าที่รับเงิน**  ( ) รับเงินค่า Isoflurane จำนวน…**……...**…..…บาท ( ) รับเงินค่าปรับ จำนวน ..........................บาท ลงชื่อ...................................... (.......................................)  เจ้าหน้าที่รับเงิน  | **3 สำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ** ลงชื่อ...................................... (.......................................)  อาจารย์ที่ปรึกษา/หัวหน้าโครงการ **5 สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยสัตว์ทดลอง**  **ความคิดเห็น (comment)** ( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก .....................................  ลงชื่อ...................................... (.......................................)  เจ้าหน้าที่ 7 **สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยสัตว์ทดลองควบคุมการจ่าย Isoflurane** ( ) ดำเนินการจ่าย Isoflurane เรียบร้อยแล้ว   ลงชื่อ...................................... (.......................................)   |