

**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......................................  (.......................................) |