|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Internal Order (รหัส IO)** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ศูนย์วิจัยคลินิก (SICRES)**

**แบบขออนุมัติเงินสดย่อยเพื่อการวิจัยทางคลินิก**

**วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินสดย่อยเพื่อการวิจัยทางคลินิก

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยคลินิก

ด้วยโครงการวิจัย .......(ชื่อโครงการ)...... ขออนุมัติเบิกเงินสดย่อย จำนวนเงิน...............................บาท (-ตัวอักษร-) เพื่อใช้จ่ายในโครงการวิจัยรายการดังต่อไปนี้

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

โดยขอรับเป็น

□ โอนเข้าบัญชี ธนาคาร ........................................................... สาขา...............................................

ชื่อบัญชี ........................................................... เลขที่บัญชี......................................

(โปรดแนบสำเนา หน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา)

**โปรดแจ้งสถานะการโอนเงินไปยัง**

**ชื่อ....................................................................................... โทร........................................**

**อีเมล .................................................................**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

.

(...................................................................)

หัวหน้าโครงการวิจัย

รหัส SAP…………………………….