* **กรณีสัญญาที่ปรับแก้ (CTA Amendment No…..)**

กรุณาเตรียมเอกสาร+ไฟล์ให้ครบถ้วน ดังนี้

[ ]  1. ร่าง CTA Amendment จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  2. Protocol จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  3. COA/EC Submission จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  4. Check list จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  5. สำเนา CTA ฉบับก่อนหน้าทั้งหมด

ส่งเอกสาร 1 - 5 มาที่ SICRES (วิไลรัตน์) ตึก SiMR ชั้น 10

[ ]  ไฟล์เอกสาร 1 - 5

 ส่งไฟล์เอกสารทั้งหมดมาที่ cta@sicres.org

* **กรณีสัญญาใหม่ (New CTA)**

กรุณาเตรียมเอกสาร+ไฟล์ให้ครบถ้วน ดังนี้

[ ]  1. ร่าง CTA จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  2. Protocol จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  3. COA/EC Submission จำนวน 1 ฉบับ

[ ]  4. Check list จำนวน 1 ฉบับ

ส่งเอกสาร 1 - 4 มาที่ SICRES (วิไลรัตน์) ตึก SiMR ชั้น 10

[ ]  ไฟล์เอกสาร 1 - 4

 ส่งไฟล์เอกสารทั้งหมดมาที่ cta@sicres.org

|  |
| --- |
| **กรุณากรอกรายละเอียดโครงการวิจัยให้ครบถ้วน โดยให้สอดคล้องกับ CTA หากไม่มีข้อมูลให้ใส่เครื่องหมาย “–”**1. Protocol No. =……………………………...............
2. Protocol title =…………… ………………...............
3. ชื่อโครงการวิจัย =… ……………....…………...............
4. ชื่อหัวหน้าโครงการ =…………………………………….. ภาควิชา...................... สาขาวิชา......................
5. SIRB Protocol No. / CREC Number =………………………………….........
6. Phase =………………………………………….……...
7. Budget =…………………….บาท
* Budget = [(Cost per Visit x จำนวนอาสาสมัคร) + Unscheduled Cost + Other ] + OH 20%
* ตัวเลข Budget ตรงกับ **ค่าใช้จ่ายรวม** ที่ระบุในแบบฟอร์มแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่าย
1. ระยะเวลาดำเนินโครงการ =………… ปี ........... เดือน (วันที่เริ่มต้น =...................วันที่สิ้นสุด =...................)
2. ระยะเวลาเก็บสัญญา (หลังปิดโครงการ) =………….ปี (ระบุในร่างสัญญาหน้าที่..............)
3. จำนวนอาสาสมัคร =………………ราย
4. ชื่อ Sponsor (อิงตามที่ระบุในสัญญา) =…………………………………………………..

 ซึ่ง [ ]  สำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศไทย [ ]  สำนักงานใหญ่อยู่ต่างประเทศ 1. ชื่อ CRO =……………………………………………………….
2. ผู้ประสานงาน SPONSOR =............................... เบอร์โทร……………… อีเมล์…………………
3. ผู้ประสานงาน CRO =............................... เบอร์โทร……………… อีเมล์…………………
4. ผู้ประสานงาน PI =............................... เบอร์โทร……………… อีเมล์…………………
5. ผู้ประสานงาน SICRES =............................... เบอร์โทร……………… อีเมล์…………………
 |

**ข้อมูลรายละเอียดสถาบันสำหรับกรอกข้อมูลใน CTA ขอให้ระบุตามนี้**

1. Institution name (Eng) : Mahidol University by Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Institution name (Thai) : มหาวิทยาลัยมหิดลโดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

1. Institution address (Eng) : 2 Wang Lang Road, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok Thailand 10700

Institution address (Thai) : 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

1. Payee details บัญชีที่นำเงินเข้า

Account Name (Eng) : Mahidol University

Account Name (Thai) : เงินอุดหนุนการวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Account Number : 316-403836-7

Bank Name : Siam Commercial Bank, Salaya Branch

Bank Address : 28 Phutthamonthon 4Rd.,Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom 73170, THAILAND

SWIFT Code : SICOTHBK

1. ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม : Prof. Apichat Asavamongkolkul, M.D.
2. ตำแหน่งผู้มีอำนาจลงนาม : Dean, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
3. ท่านสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ https://sicres.org , หากมีข้อสงสัยโทรสอบถามได้ที่ 02-419-2979