

ศูนย์วิจัยชีววิทยาช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอใช้บริการทดสอบชิ้นตัวอย่างเบื้องต้น (pilot study) ด้วยเครื่อง In-vitro Micro Computerized Tomography (MicroCT) โดยไม่เสียค่าบริการ

ชื่อ-สกุล..... สถานะ/ตำแหน่ง.....
 ภาควิชา..... เบอร์โทรศัพท์.....
 E-mail.....
 อาจารย์ที่ปรึกษา ภาควิชา.....
 เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
 ชื่อโครงการวิจัย.....

ขอใช้บริการทดสอบชิ้นตัวอย่างเบื้องต้นด้วยเครื่อง MicroCT เป็นเวลา.....ชั่วโมง (ไม่เกิน 10 ชั่วโมง) โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายืนยันว่าการทดสอบนี้เป็นการทดสอบเบื้องต้นจริง และจะไม่นำตัวอย่างจากโครงการอื่นที่ไม่ได้รับอนุญาตมาใช้บริการ หากทางศูนย์วิจัยฯ ตรวจสอบพบว่าไม่ได้เป็นการทดสอบเบื้องต้น หรือมีการนำตัวอย่างจากโครงการอื่นที่ไม่ได้รับอนุญาตตามที่กล่าวข้างต้นมาใช้บริการ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และยินดีรับโทษตามมติจากกรรมการศูนย์วิจัยฯ

ลงนาม.....

(ผู้ให้บริการ)

(...../...../.....)

ลงนาม.....

(อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ)

(...../...../.....)

หมายเหตุ บริการทดสอบชิ้นตัวอย่างเบื้องต้น (pilot study) ด้วยเครื่อง MicroCT โดยไม่เสียค่าบริการนี้ อนุญาตเฉพาะนิสิตและบุคลากรจากหน่วยงานภายในคณะทันตแพทยศาสตร์เท่านั้น