|  |
| --- |
| **เวอร์ชัน (Version)...................................****ลงวันที่ เดือน ปี...................................**(สำหรับผู้วิจัยหลักกรอก) |

|  |  |
| --- | --- |
| ชื่อโครงการวิจัย (ไทย) |  |
| ชื่อโครงการวิจัย (อังกฤษ) |  |
| ผู้สนับสนุนการวิจัย |  |
| ผู้วิจัยหลัก |  |
| ชื่อผู้วิจัยหลัก |  |
| สังกัดหน่วยงาน | (กรณีที่เป็นนิสิต) นิสิตปริญญา.............. ภาควิชา.............. คณะ.............. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) |  |
| โทรศัพท์มือถือ | จำเป็นต้องกรอกโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยหลักเพื่อการติดต่อฉุกเฉิน |
| ผู้ร่วมวิจัย |  |
| ชื่อผู้ร่วมวิจัย |  |
| สังกัดหน่วยงาน |  |
| โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) |  |
| โทรศัพท์มือถือ | จำเป็นต้องกรอกโทรศัพท์มือถือของผู้ร่วมวิจัยเพื่อการติดต่อฉุกเฉิน |
| ผู้ร่วมวิจัย |  |
| ชื่อผู้ร่วมวิจัย |  |
| สังกัดหน่วยงาน |  |
| โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) |  |
| โทรศัพท์มือถือ |  |
| ผู้ร่วมวิจัย |  |
| ชื่อผู้ร่วมวิจัย |  |
| สังกัดหน่วยงาน |  |
| โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) |  |
| โทรศัพท์มือถือ |  |

โครงการวิจัย เรื่อง .........(ภาษาไทย)...................................................................................................

 ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสามารถปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้ที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านต้องการปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

 โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ.............................(ระบุหลักการและเหตุผลโดยย่อให้ได้ใจความด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่ใช้ภาษาอังกฤษ ขอให้แปลหรือเขียนทับศัพท์โดยใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บ) โดยท่าน/เด็กในปกครองของท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่หากการวิจัยได้ผลดีจะทำให้ทราบ.........................................................................................

 ท่าน/เด็กในปกครองของท่าน (อาสาสมัครผู้รับการวิจัย) ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะท่าน/เด็กในปกครองของท่าน………..มีอายุระหว่าง .......... ปี มีสุขภาพแข็งแรง และ………..(ปรับให้เข้ากับบริบทงานวิจัย)

 จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ ......... คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ ......... เดือน

หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

 1. ผู้วิจัยจะขอนัดวัน/เวลาที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน ........ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่......................................... ครั้งที่ 2 วันที่.........................................

 2. ...................................................

 3. ...................................................

 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย คือ ……………………

 การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่าน/เด็กในปกครองของท่านจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาจำนวน............... และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

 **หากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านและเด็กในปกครองของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ขอให้ท่านและเด็กในปกครองของท่านแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือเกิดอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับท่านและเด็กในปกครองของท่าน ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อ .................(ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัย)................. ได้ที่ .................(สถานที่ทำงานในประเทศไทยของผู้วิจัย เลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์)................. โทรศัพท์มือถือ ........................................ ตลอด 24 ชั่วโมง**

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

 ข้อมูลส่วนตัวของท่านและเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรม เป็นต้น

 ท่าน/เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและเด็กในปกครองของท่าน

 โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่อาคารสุวรรณวาจกกสิกิจ สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทรศัพท์ 0-2579-5547 โทรสาร 0-2561-1985 หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมหรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

 ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

 ...................................................................................... ลงนามอาสาสมัครฯ (เด็ก) ผู้ให้ความยินยอม

 (....................................................................................) ชื่ออาสาสมัครฯ (เด็ก) ผู้ยินยอมตัวบรรจง

 วันที่ ........... เดือน.............................. พ.ศ. ......................

 ...................................................................................... ลงนามผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

 (....................................................................................) ชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

 .......................................................... ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมกับอาสาสมัครฯ

 วันที่ ........... เดือน.............................. พ.ศ. ......................