
	<p>Institutional Review Board Naresuan University</p>	<p>Submission Form for Ethical Review</p>
---	---	--

Please fill in this form and provide necessary documents that apply. This form will help exemption or expedite the review process.

Section 1: Protocol identification (☑)			
Request for		<input type="checkbox"/> Exemption, please specify the criteria category _____ (see the criteria for exemption and expedited review)	
		<input type="checkbox"/> Expedited Review, please specify the criteria category _____ (see the criteria for exemption and expedited review)	
		<input type="checkbox"/> Full Board Review	
1.1	Protocol title (Thai)	ชื่อโครงการภาษาไทย Research Topic (Thai version)	
1.2	Protocol title (English)	ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ Research Topic (English version)	
	Protocol number (if any)	-	
1.3	Sponsor/Source of funding สำหรับนิสิต เลือกช่อง Private sector For student, <input checked="" type="checkbox"/> Private sector	<input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> Private sector <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> Others	(โปรดระบุ เช่น ทุนส่วนตัว) (Please specify, Ex: Self – Funding)
1.4	Sponsor contact -	Phone -	E-mail -
1.5	Protocol as part of	Yes No	(if yes, please specify)
	- Thesis/Dissertation/IS/Undergraduate	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ระบุ Undergraduate
	- Postgraduate training (Board/Sub-board)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Section 2: Investigator (☑)			
2.1	Name of principal investigator	ชื่อผู้วิจัยหลัก	
2.2	Degree	วุฒิการศึกษา	Specialty (if applicable)
2.3	Institutional affiliation	สถาบันที่ศึกษา	
2.4	Contact phone#	เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	E-mail NU mail
2.5	Numbers of <u>research projects</u> are still open under your responsibility จำนวนโครงการวิจัยที่มีอยู่ในความรับผิดชอบ	ถ้าไม่มีใส่ None	
2.6	Numbers of <u>active research subjects</u> are under your responsibility จำนวนโครงการวิจัยที่ยังดำเนินการอยู่ในความรับผิดชอบ ถ้าไม่มีใส่ 0	ถ้าไม่มีใส่ None	
2.7	Numbers of <u>Co-investigators included and research staffs</u> for this project จำนวนโครงการวิจัยที่อยู่ในฐานะนักวิจัยร่วมหรือผู้ช่วยวิจัย ถ้าไม่มีใส่ 0	ถ้าไม่มีใส่ None	
Section 3: Research protocol (☑)			
3.1	Research Design (☑ all that apply) เลือกประเภทของงานวิจัยของตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็น 4 ตัวเลือกนี้ โดยเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ		
	<input type="checkbox"/> Basic science research <input type="checkbox"/> Laboratory experiment <input type="checkbox"/> Research and Development (R&D) <input type="checkbox"/> Bioequivalence <input type="checkbox"/> Diagnostic test <input type="checkbox"/> Applied research	<input type="checkbox"/> Case-control study <input type="checkbox"/> Cohort study <input type="checkbox"/> Clinical trial <input type="checkbox"/> Descriptive/Qualitative <input type="checkbox"/> Survey <input type="checkbox"/> Other (specify).....	
3.2	Methods involved the followings (☑ all that apply) เลือกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่ของนิสิตจะเป็น Questionnaire/Interview/Diary		
	<input type="checkbox"/> Questionnaire/Interview/Diary <input type="checkbox"/> Records/Document extraction <input type="checkbox"/> Behavioural/Psychological intervention <input type="checkbox"/> Specimen/Sample collection <input type="checkbox"/> Radiation/Isotope <input type="checkbox"/> Tissue/Organ transplant	<input type="checkbox"/> In vivo diagnostic devices <input type="checkbox"/> Medical devices <input type="checkbox"/> Drugs <input type="checkbox"/> Cosmetics <input type="checkbox"/> Medicinal plants <input type="checkbox"/> Procedures/Operation	

	<input type="checkbox"/> Embryonic stem cell/Genetic material	<input type="checkbox"/> Foods
	<input type="checkbox"/> In vitro diagnostic devices	<input type="checkbox"/> Other (specify).....
3.3	Expected duration of the project _____ years _____ months	ระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัย กี่ปี กี่เดือน
3.4	Investigation site การเก็บข้อมูลจากที่หน่วย <input type="checkbox"/> Single (หน่วยเดียว ที่เดียว พื้นที่เดียว)	<input type="checkbox"/> Multi-center (หลายพื้นที่ เช่น หลายประเทศ) <input type="checkbox"/> National ระดับประเทศไทย <input type="checkbox"/> International ระดับนานาชาติ
3.5	Has this protocol been reviewed by another ethics committee prior to this submission? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	ไม่เกี่ยวกับนิตินิต เลือก <input checked="" type="checkbox"/> NO
3.6	Has this protocol been registered according to clinical trial registration <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	ไม่เกี่ยวกับนิตินิต เลือก <input checked="" type="checkbox"/> NO
Section 4: Subjects and recruitment (<input checked="" type="checkbox"/>)		
4.1	Does this protocol include the following subjects? (tick all that apply) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเป็นใคร ถ้าไม่มีในตัวเลือก ให้ <input checked="" type="checkbox"/> Other และระบุว่าเป็นใครให้ชัดเจน	No data obtained directly from human (Go to 4.2)
	<input type="checkbox"/> Prisoners	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> Pregnant women/Elderly	<input type="checkbox"/> Institutionalized e.g. orphanage, leprosanian
	<input type="checkbox"/> Mentally ill subjects	<input type="checkbox"/> Illiterate subjects or Minorities e.g. hilltribes
	<input type="checkbox"/> Chronic disease/Cancer or terminally ill subjects	<input type="checkbox"/> Subordinate e.g. students, employees, soldiers, patients
	<input type="checkbox"/> Neonates/Infants/Children (aged <20)	<input type="checkbox"/> Other (specify).....
4.2	Methods used to recruit subjects <input type="checkbox"/> Personal contact at outpatient clinic /inpatient <input type="checkbox"/> Personal contact at ER or ICU <input type="checkbox"/> Personal contact in community	<input type="checkbox"/> Not applicable (Go to 4.3) <input type="checkbox"/> Contact via telephone or post <input type="checkbox"/> Advertising e.g. poster, flyers, mass media (website included) <input type="checkbox"/> Other (specify).....
4.3	Person obtaining informed consent คนที่จะขอความยินยอมในการไปขอเก็บข้อมูล <input type="checkbox"/> No (Go to 4.4) <input type="checkbox"/> Principal/Co-Investigators (ผู้วิจัย / ผู้ร่วมวิจัย)	<input type="checkbox"/> Research staff (ผู้ช่วยวิจัย) <input type="checkbox"/> Other (specify).....
4.4	Expected number of subjects in each group _____ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม(กรณีมีหลายกลุ่ม)	total number of subject _____ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
4.5	Subject payment ค่าตอบแทนให้กลุ่มตัวอย่าง ถ้าไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Bath/participant
4.6	Subject incentives สิ่งจูงใจกลุ่มตัวอย่าง ถ้าไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Bath/participant
4.7	Compensation for injury/lost ค่าชดเชยการบาดเจ็บ/สูญหาย ถ้าไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Bath/participant
Section 5: Study monitoring or DSMB (Data Safety Monitoring Board) (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่เกี่ยวกับนิตินิต เลือก <input checked="" type="checkbox"/> NO		
	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

NOTE: NA = Not applicable

Principal Investigator signature	ลายเซ็นผู้วิจัยหลัก (.....ชื่อผู้วิจัยหลัก.....)	Date	ระบุวันที่.....
Co- Investigator signature	ลายเซ็นผู้ร่วมวิจัย (.....ชื่อผู้ร่วมวิจัย.....)	Date	ระบุวันที่.....
** ทำร่วมกันต้องมีลายเซ็นครบทุกคน			

For attach document please see Checklist submission for investigator

ที่อยู่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กลุ่ม 1	กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	โทร. 055-968752	อีเมล nu-irb-board1@nu.ac.th	กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานและเครือข่าย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชั้น 4 อาคารมหาธรรมราชา มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000
กลุ่ม 2	กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	โทร. 055-968642	อีเมล nu-irb-board2@nu.ac.th	
กลุ่ม 3	กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์	โทร. 055-965296	อีเมล nu-irb-board3@nu.ac.th	สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ชั้น 3 อาคารสิรินธร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000