**หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**

**สำหรับผู้มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี**

**หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง**

วันที่ ……………….……………………

ข้าพเจ้า……………………………………….อายุ…….…ปี อยู่บ้านเลขที่…..….….ถนน……………..........หมู่ที่………...........…..

แขวง/ตำบล……………….………………….....เขต/อำเภอ…..…………………..........จังหวัด…………...........................................

โทรศัพท์..........................................................................

**เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน นาย/ นาง/ นางสาว/ เด็กชาย/ เด็กหญิง** ……………………………..................................

**มีความเกี่ยวข้องเป็น** ………………………………………………………........................................................................................

**ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า** ข้าพเจ้าและ/หรือ**ผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า**

ข้อ 1. ได้รับทราบโครงการวิจัยของ...........(หัวหน้าโครงการวิจัยและคณะฯ)................................................................

เรื่อง..................................................................................................................................................................................

**ข้อ 2. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ**

ข้อ 3. ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และการแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่าย  
ที่จะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด   
อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อ 4. ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ได้รับทราบแล้วว่ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆ หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน การประเมินผลการเรียน (ในกรณีที่กำลัง  
ศึกษาอยู่)

ข้อ 6. หากมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับ.........(**หัวหน้าโครงการวิจัย และผู้ร่วมวิจัยที่สามารถติดต่อได้ระบุสถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อมเบอร์โทรศัพท์, โทรสาร**) ......................................................

ข้อ 7. หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ หรือผู้แทน ได้ที่สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11019

**ข้าพเจ้าและ/หรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า ได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว   
เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน**

ลงชื่อ …………………………………... ลงชื่อ ……………………………………

(………………………………….....) (……………………………….......)

ผู้มีอำนาจทำการแทน ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม / หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ …………………………………. ลงชื่อ ……………………………………

(…………………………………… ) (…………………………………… )

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร พยาน

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.......................

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

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ ……………………………………

(…………………………………….)

ผู้อ่าน