(ครุฑ)

**เอกสารเลขที่** …./…

**เอกสารรับรองการยกเว้นจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย**

**ชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :** คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ที่อยู่ :** 110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย :** ....................................................................................................................................

**สังกัด :** ..................................................................................................................................................................

**ชื่อเรื่องโครงการวิจัย :** ........................................................................................................................................

**รหัสโครงการ** **:**  ..................................................................................................................................................

**แหล่งทุน :** ............................................................................................................................................................

**โครงการ/โครงการวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**อนุมัติ :** วันที่................................เดือน.....................................พ.ศ.................................

**หมดอายุ**: วันที่.............................. เดือน.....................................พ.ศ..............................

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดตั้งและดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และแนวทางจริยธรรมสากล กฏหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

**ลงชื่อ** …………………………………………………...................

**(**...............................................................**)**

**ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย**

**หมายเหตุ :** 1. โปรดส่งรายงานสิ้นสุดโครงการ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น

2. กรณีที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการ ต้องยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ

(Krut)

Certificate of Exemption

**No. ……**

**Name of Research Ethics Committee :** Research Ethics Committee, Faculty of Associated Medical Sciences,   
Chiang Mai University

**Address of Research Ethics Committee:** 110 Intavaroros Rd., Muang Chiang Mai, Thailand 50200

**Principle Investigator:** …………………………………………………………………………………………………………

Department ………………………., Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

**Protocol title**: ……………………………………………………………………………….……………………………….............……….

**Study Code:** …………………………………………………………………………………………………………………….............……...

**Sponsor:** …………………………………………………………………………………………………………………….……..............…….

**This research protocol complies with research with exemption category. It has been certified as exempt from ethical review by the Research Ethics Committee of Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University**

**Date of Approval:** ……………………………………………………………………………………………………………..........……

**Date of Expiration**: …………………………………………………………………………………………………………………......

This Research Ethics Committee, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University is organized and operates according to Guideline for Good Clinical Practice (ICH GCP) and relevant international ethics guidelines, the applicable laws and regulations.

Signed : ………………………………..…………………

(……………………………………………………………..)

**Chairperson, Research Ethics Committee,**

**Faculty of Associated Medical Sciences**

**Note:** 1. Please submit the close study report when complete the research protocol.

2. Any changes to the protocol must be submitted for REC approval.