**แบบฟอร์มยืนยันการรับทุนวิจัยเงินรายได้คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

**ประจำปีงบประมาณ 2567**

**ชื่อโครงการวิจัย:**

**ชื่อ-สกุล หัวหน้าโครงการวิจัย:**

โปรดระบุ “Outcome impacts หลัก” ถึงผลลัพธ์จากโครงการวิจัยให้ชัดเจน (ซึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. องค์ความรู้ | (√ ) องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง  ( ) หลักฐานการนำผลงานไปใช้ประโยชน์โดยส่วนงานภายนอกมหาวิทยาลัย |
| 2. นวัตกรรม/ต้นแบบ | ( ) CMU Readiness Level 4-7 (ต้นแบบห้องปฏิบัติการ/ต้นแบบภาคสนาม)  ( ) CMU Readiness Level 8-9 (ต้นแบบภาคสนามที่ผ่านมาตรฐาน/  เทคโนโลยีหรือผลิตภัณฑ์ถูกนำไปใช้ประโยชน์โดยลูกค้า) |
| 3. ผลกระทบทางสังคม/เศรษฐกิจ(SROI) ต่อชุมชนเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม | ( ) เชิงมูลค่าและตัวชี้วัดทางด้านภาวะสุขภาพของประชาชน/ระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลง |
| 4. ผลงานตีพิมพ์  ระดับชาติ:  ระดับนานาชาติ: | ( ) TCI  ( ) Q1 ( ) Q2 ( ) Q3 ( ) Q4 |
| 5. ทรัพย์สินทางปัญญา  ระดับชาติ:  ระดับนานาชาติ: | ( ) อนุสิทธิบัตร ( ) สิทธิบัตร  ( ) อนุสิทธิบัตร ( ) สิทธิบัตร |
| 6. “Outcome impacts รอง” (ผลลัพธ์จากโครงการวิจัย ในรูปแบบอื่นๆ โปรดระบุ) | |

ลงชื่อ หัวหน้าโครงการวิจัย วันที่