

**แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการ  
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาการปัญญา  
(Centre of Excellence in Cognitive Science)**

วันที่....................................................

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้ห้องศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาการปัญญา

เรียน คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

ด้วยข้าพเจ้า......................................................................................รหัสนิสิต........................................  
สาขาวิชา...............................................................โทรศัพท์................................email………………………………….  
ได้ทำการวิจัยเรื่อง................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................   
มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาการปัญญา เพื่อ...............................................  
..............................................................................................................................................................................  
ผู้เข้าร่วมการทดลองที่ใช้ในการวิจัยเป็น............................................................................จำนวน...................คน  
วันที่ขอใช้........................................................................................................................เวลา.............................

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัดและดูแลรักษาห้องปฏิบัติการเป็นอย่างดี ให้อยู่ในสภาพที่สะอาดเรียบร้อย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา**  ...............................................  ................................................  ...............................................  ................................   (อาจารย์ที่ปรึกษา) | **ความเห็นของอาจารย์ผู้รับผิดชอบ** ...............................................  ................................................  ...............................................  ................................   (ดร.พีร วงศ์อุปราช) | **ความเห็นของคณบดี**  อนุมัติ  ไม่อนุมัติเนื่องจาก……………………………………  ..…………………………….   (รศ.ดร.ภัทราวดี มากมี) |



**ระเบียบการขอใช้ห้องปฏิบัติการ  
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาการปัญญา  
(Centre of Excellence in Cognitive Science)**

1. **อาจารย์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการ**  
    ดร.พีร วงศ์อุปราช

Dr.Poliny UNG

1. **เจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ**

นายวิทวัส เพ็ญภู่

1. **คุณสมบัติของผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ**  
   **๓.๑** เป็นอาจารย์/บุคลากร ของวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

**๓.๒** เป็นนิสิตบัณฑิตศึกษาของวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญาที่อยู่ในช่วงของการทำ วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ ที่เกี่ยวกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง หรืองานวิจัยที่ได้รับมอบหมายจากวิทยาลัยฯ

1. **การเปิด – ปิด ห้องปฏิบัติการ**

**๔.๑** ห้องปฏิบัติการเปิดตั้งแต่เวลา ๘.๓๐ – ๑๗.๐๐ น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกต์

**๔.๒** การเปิด-ปิดห้องปฏิบัติการ ทำได้โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการเท่านั้น

1. **การปฏิบัติ**

**๕.๑** การตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง การใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ และการทำความสะอาดหมวกวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัด

**๕.๒** การนำข้อมูลคลื่นไฟฟ้าสมองออกจากเครื่องคอมพิวเตอร์ ต้องกระทำโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการเท่านั้น

**๕.๓** ผู้วิจัยจะต้องส่งข้อมูลดิบและข้อมูลคลื่นไฟฟ้าสมองทั้งหมดให้กับอาจารย์ผู้รับผิดชอบหรือเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ ก่อนสอบป้องกันวิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

1. **ระเบียบทั่วไป**

**๖.๑** ห้ามบุคคลภายเข้าห้องปฏิบัติการก่อนได้รับอนุญาต และอนุญาตให้เฉพาะ ผู้เข้าร่วมการทดลอง (Participant) เข้าได้ครั้งละ ๒ คน เท่านั้น

**๖.๒** ห้ามนำอาหารมารับประทานในห้องปฏิบัติการโดยเด็ดขาด

**๖.๓** ห้ามนำอุปกรณ์ทุกชนิดออกจากห้องปฏิบัติการโดยเด็ดขาด

**๖.๔** การใช้อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการทุกครั้งจะต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และควรใช้ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากอุปกรณ์ทุกอย่างมีมูลค่าสูง

1. **ระเบียบการจองห้องปฏิบัติการ**

**๗.๑** ผู้ที่จะจองห้องปฏิบัติการจะต้องเป็นอาจารย์ บุคลากร หรือ นิสิตวิทยาลัยฯ ที่อยู่ในช่วงทำวิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ หรืองานวิจัยของวิทยาลัยฯ

**๗.๒** ต้องจองล่วงหน้าก่อนการทดลองจริงอย่างน้อย ๑ เดือน

**๗.๓** \*\*\*ต้องแนบเอกสารตารางกำหนดการระบุแบบแผนการทดลอง และระยะเวลาการทดลองในแต่ละวันอย่างละเอียด ต้องแนบรายชื่อของผู้เข้าทดลองในแต่ละวันให้ชัดเจน พร้อมกับแบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการ ให้อาจารย์ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการรับรอง เพื่อกำหนดระยะเวลาการใช้ห้องปฏิบัติการให้เหมาะสมกับงานวิจัย

1. **ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ**

**๗.๑** ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการ จำนวน ๕๐ บาท ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย(Participant) ๑ คน/ครั้ง