

ការយល់ព្រមតាមទម្រង់ខ្លីដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ



MRN#:

ឈ្មោះពិធីសារ:

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមសិក្សាស្រាវជ្រាវ:

អ្នកសង្កេតការណ៍ពិសេស:

ភេទ:

**ការយល់ព្រមតាមទម្រង់ខ្លីដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ**

អ្នកកំពុងទទួលបានការស្នើសុំ ក្នុងករណីដែលអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយ។ មុននឹងអ្នកយល់ព្រម ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ សមាជិក/សមាជិកាម្នាក់នៃក្រុមការងារសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវតែនិយាយប្រាប់អ្នកនូវ បញ្ហាមួយចំនួនស្តីពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ គេនឹងនិយាយប្រាប់អ្នកនូវ

- a. កម្មវត្ថុ និងគោលបំណងនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
- b. អ្វីដែលនឹងកើតមានឡើងចំពោះអ្នក នៅខណៈកំពុងមានការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- c. រយៈពេលនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះនឹងមាន និងរយៈពេលដែលគេស្នើសុំឱ្យអ្នកចូលរួម។
- d. ផ្នែកមួយចំនួននៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលមានលក្ខណៈពិសោធន៍ (បញ្ហាដែលគេនឹងសាកពិសោធន៍ ឬ ធ្វើតេស្ត)
- e. ហានិភ័យ ឬផ្នែកមួយចំនួននៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលអាចនឹងបង្កការឈឺចាប់ដល់អ្នក ឬធ្វើឱ្យអ្នកមាន អារម្មណ៍មិនស្រួល ឬគ្មានជាសុខភាព
- f. អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនចំពោះអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអាចនឹងបានមកពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- g. ការព្យាបាល ឬទម្រង់ព្យាបាលដែលអាចនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នកជំនួសឱ្យការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (ជម្រើសផ្សេងៗ)
- h. ការកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្មមួយចំនួនចំពោះមនុស្សដែលគេត្រូវចែករំលែក ឬប្រាប់ពីមានរបស់អ្នកបាន
- i. អំពីរបៀបនៃភាពសម្ងាត់ និងសិទ្ធិឯកជន (ឯកជនភាព) របស់អ្នកលើព័ត៌មានរបស់ខ្លួននឹងទទួលបាន ការការពារ។

លើសពីនេះ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវតែនិយាយប្រាប់អ្នកអំពីព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ ក្នុងករណីដែលវាពាក់ព័ន្ធ នឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ

- a. បើអ្នកត្រូវទទួលបានសំណងណាមួយ (ប្រាក់ ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឥតគិតថ្លៃ) ក្នុងករណីដែល អ្នករងរបួសស្នាម នៅខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- b. ក្នុងករណីដែលអាចនឹងមានហានិភ័យ ឬអន្តរាយដែលយើងខ្ញុំមិនដឹងដល់ទទួលនេះ តែអាចនឹងកើតមាន ឡើងនៅពេលខាងមុខ
- c. ក្នុងករណីមានហេតុផលដែលក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវអាចនឹងបញ្ឈប់អ្នកពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ នេះ
- d. តម្លៃមួយចំនួនដែលត្រូវបង់ឱ្យអ្នកសម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- e. អ្វីដែលនឹងកើតមានឡើង ក្នុងករណីដែលអ្នកចង់បញ្ឈប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- f. ពេលវេលាដែលគេនឹងប្រាប់អ្នកអំពីកំហើញ ឬលទ្ធផលថ្មីៗដែលអាចនឹងបណ្តាលឱ្យផ្លាស់ប្តូរចិត្តអំពី ការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- g. ចំនួនមនុស្សដែលចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។

បន្ទាប់ពីគេបានប្រាប់អ្នកនូវរាល់ព័ត៌មានខាងលើនេះហើយ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវនឹងសាកសួរអ្នកថា តើអ្នកចង់ ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះឬយ៉ាងណា។ បើអ្នកយល់ព្រម ពេលនោះបុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវនឹងសុំឱ្យអ្នក

ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ គេត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសំណេរទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខានេះជាភាសាផ្ទាល់របស់អ្នក។ លើសពីនេះដែរ អ្នកនឹងទទួលបាននូវសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ជាភាសាអង់គ្លេស។

អ្នក ឬអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់អាចនឹងហៅទូរសព្ទនៅថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ វេលាម៉ោង \_\_\_\_\_ នៅពេលណាមួយដដែលអ្នកមសាន

សំណួរ ឬចម្ងល់នានាអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងករណីដែលអ្នកមានរងរបួសស្នាម។ អ្នកឬអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់របស់អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅគណៈកម្មាធិការមន្ទីរ ពេទ្យកុមារបូសស្តុន ដែលទទួលបន្ទុកការអង្កេតព្យាបាលតាមរយៈលេខ 617-355-7052 ៧០៥២ បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមសិក្សាស្រាវជ្រាវម្នាក់។

អ្នកមានសិទ្ធិសម្រេចថា តើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះឬយ៉ាងណា។ វាស្រ័យលើអ្នក។ អ្នកអាចសម្រេចថា អ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបាន។ អ្នកអាចសម្រេចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ហើយឈប់នៅពេលណាក៏បាន។ បើអ្នកសម្រេចមិនចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ឬក្នុងករណីដែលអ្នកសម្រេចចិត្តឈប់វិញ អ្នកនឹងមិនខាតបង់អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនដែលនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាននោះទេ។ ដោយមិនដល់អ្វីដែលនឹងកើតមានឡើងនៅពេលខាងមុខចំពោះបញ្ហាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក វានឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវិធីដែលអ្នកទទួលបានការព្យាបាលដោយបុគ្គលិកទេ តែបើអ្នកសម្រេចចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ វាអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នកបាន។

ការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមានន័យថា អ្នកបានយល់ ឬជ្រួតជ្រាបច្បាស់អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះហើយ។ នេះមានន័យថា គេបាននិយាយប្រាប់អ្នកនូវរាល់ព័ត៌មានខាងនេះរួចរាល់ហើយ។ បើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ វាមានន័យថា អ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះហើយ។

**អ្នកចូលរួមជាអនីតិជន**

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ របស់កុមារ ឬក្មេងជំទង់ ដែលចូលរួម(ប្រសិនបើមាន)

**ការយល់ព្រមរបស់អ្នកចូលរួម ឬការអនុញ្ញាតពីមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល**

_____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)	_____ ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមពេញវ័យ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល	_____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងកុមារ
_____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)	_____ ហត្ថលេខាអ្នកដែលបានទទួលការយល់ព្រម	_____ ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព
_____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)	_____ ហត្ថលេខាសាក្សី និងអ្នកបកប្រែភាសា	_____ ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព

\* សាក្សីធានាអះអាងថា ពិធីសារនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះត្រូវបានគេពិពណ៌នាប្រាប់ហើយឱ្យអ្នកចូលរួមទទួលបានការណែនាំប្រាប់ថា ពួកគេអាចនឹងសាកសួរសំណួរនានាបាន