  **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ **โทรศัพท์ / โทรสาร** ๐-๔๓๗๕-๔๓๖๐

**ที่** อว ๐๖๐๕.๑๒/ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติขยายเวลาโครงการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ คณะเภสัชศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**เรียน**  คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

ตามที่ ข้าพเจ้า ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ คณะเภสัชศาสตร์ ประจำปี ๒๕๖๓ เรื่อง เป็นเงินทั้งหมด บาท ( ) และมีกำหนดระยะเวลาจัดทำโครงการตามสัญญาการรับทุนอุดหนุนงานวิจัยตั้งแต่วันที่ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ นั้น

เนื่องจากข้าพเจ้าอยู่ในระหว่างดำเนินการวิจัย ในการนี้ จึงใคร่ขออนุมัติขยายเวลาโครงการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ออกไปอีก ๙๐ วัน เป็นสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ ( )

# หัวหน้าโครงการวิจัย

# 