

**๕ - หนังสือยืนยัน**

**หนังสือยืนยันการสนับสนุนงบประมาณ**

**โครงการแลกเปลี่ยนนักวิจัยร่วมภายใต้ความร่วมมือด้านอุดมศึกษาและการวิจัยระหว่างไทย-ฝรั่งเศส
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕**

ในนามของมหาวิทยาลัย/สถาบัน (สถาบันแกน/เครือข่าย)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่ามหาวิทยาลัย/สถาบันยินดีให้การสนับสนุนโครงการแลกเปลี่ยนนักวิจัยร่วมภายใต้ความร่วมมือด้านอุดมศึกษาและการวิจัยระหว่างไทย-ฝรั่งเศส (Franco-Thai Cooperation Programme in Higher Education and Research / Franco-Thai Mobility Programme / PHC SIAM) เรื่อง ซึ่งมี (ศ./รศ./ผศ./อาจารย์) ..........................................................................................................................................................
สังกัดภาควิชา.............................................................. คณะ............................................................... เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ

หากโครงการดังกล่าวได้รับคัดเลือก ทางมหาวิทยาลัย/สถาบัน**ยินดีให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับอาจารย์/นักวิจัยจากสถาบันอุดมศึกษาหรือสถาบันการวิจัยของฝรั่งเศส**ที่เดินทางมาดำเนินกิจกรรมทางวิชาการภายใต้โครงการข้างต้นในประเทศไทย ตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ใน Call for Proposals 2021 - 2022 ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

 **๑.** **ค่าที่พัก**

 **๒.** **ค่าเบี้ยเลี้ยง** ตามอัตราดังนี้

 ๒.๑ ระยะสั้น (น้อยกว่า ๑ เดือน) ๒.๒ ระยะยาว (๑ – ๓ เดือน)

 - ระดับอาวุโส อัตรา ๑,๒๐๐ บาท/วัน - ระดับอาวุโส อัตรา ๔๐,๐๐๐ บาท/เดือน

 - ระดับอ่อนอาวุโส อัตรา ๗๐๐ บาท/วัน - ระดับอ่อนอาวุโส อัตรา ๒๕,๐๐๐ บาท/เดือน

 **๓. ค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยทั้ง in kind และ in cash** (พิจารณาให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม)

ทั้งนี้ การสนับสนุนจะครอบคลุมตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๖๔ - ธันวาคม ๒๕๖๕ โดยจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับนักวิจัยจากฝรั่งเศสตามจำนวนคนที่กำหนดในแผนดำเนินกิจกรรมโครงการใน Annex B ตามอัตราที่กำหนดข้างต้น

อนึ่ง การลงนามรับรองโครงการโดยผู้บริหารมหาวิทยาลัย/สถาบันเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อแสดงถึงการผูกพันงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดระยะเวลาโครงการ แม้มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารมหาวิทยาลัย/สถาบันแต่การสนับสนุนงบประมาณโครงการจะยังคงเป็นความรับผิดชอบของมหาวิทยาลัย/สถาบันจนกว่าจะสิ้นสุดระยะเวลาโครงการ

ลงนาม ...............................................................

 (...............................................................)

 อธิการบดี หรือ
 รองอธิการบดีที่ปฏิบัติราชการแทน
 วันที่ ........ /........ /...................  **(พร้อมตราประทับสถาบันอุดมศึกษา)**

**หมายเหตุ** หากไม่มีตราประทับของมหาวิทยาลัย/สถาบันจะถือว่าเอกสารไม่สมบูรณ์