Merkezefendi Devlet Hastanesi Başhekimliği’ne

Aşağıda bilgileri bulunan araştırma çalışmasını kurumunuzda yürütmem için gerekli olan ön iznin verilmesi için gereğini arz ederim.

Tarih

Ad-Soyad

İmza

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmanın;**  **Türü** | Tezsiz Yüksek Lisans Projesi  Doktora Tezi  Lisans Bitirme Projesi  Uzmanlık Tezi  Yüksek Lisans Tezi  Bireysel Araştırma Projesi  Diğer…………………………………………. |
| **Adı** |  |
| **Amacı** |  |
| **Yöntemi (Varsa Kullanılacak Anket ve Ölçek Belirtilmelidir)** |  |
| **Uygulanacağı Yer** |  |
| **Başlangıç ve Bitiş Tarihi** | **Başlangıç:** |
| **Bitiş:** |
| **Etik Kurul Kararı** | **Var  Yok** |
| **Tez Çalışması İse Danışman Öğretim Üyesi Adı-Soyadı** |  |
| **Varsa Hibe/Fon Sağlayan Kurum/Kuruluş Adı** |  |

**İlgili Birim Sorumlusu**

**Ad-Soyad / İmza**

(Hastane Başhekimliği Tarafından Belirlenen Değerlendirme Komisyonu Üyeleri Kaşe-İmza)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komisyon Başkanı** | **Üye** | **Üye** |
| **Kaşe-İmza** | **Kaşe-İmza** | **Kaşe-İmza** |

**Komisyon Kararı:**

**Başhekim**

**İmza**

**…../…../20…..**