……….…………………………… Hastanesi Başhekimliğine

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

Ad-Soyad : Tarih:

 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 yerler:** |  |
| **Başlangıç ve bitiş tarihi:** | **Başlangıç:** |
| **Bitiş:**  |
| **Etik Kurul kararı:**  |  **VAR YOK** |
| **Tez çalışması ise Danışman Öğr. Üyesi Adı-Soyadı:** |  |
| **Varsa hibe/fon sağlayan Kurum/Kuruluş adı:** |  |

**İlgili Birim Sorumlusu Ad-Soyad**

**İmza**

**KOMİSYON KARARI UYGUN UYGUN DEĞİL**

*(BAŞHEKİM TARAFINDAN BELİRLENEN DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ÜYELERİ KAŞE/ İMZA)*

**BAŞHEKİM**

**İmza**

**…../…./20…**