**SOMA İLÇE DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE**

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

 Tarih:

 Ad-Soyad:

 İmza:

 İlgili Birim Sorumlusu Adı-Soyadı-İmza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmanın;**Türü: |  Tezsiz Yüksek Lisans Projesi Doktora Tezi XX 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. Üyes Adı-Soyadı: |  |
| Varsa hibe/fon sağlayan Kurum/Kuruluş adı: |  |

*DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ÜYELERİ KAŞE – İMZA:*