**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:*