****

 **Ek-3**

**ARAŞTIRMA ÖN İZİN FORMU**

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

 Ad Soyad

 Tarih

 İmza

**Araştırmanın;**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı:** |  |
| **Amacı:** |  |
| **Yöntemi:** | **PROSPEKTİF** **RETROSPEKTİF****DİĞER**  **Açıklayınız:** |
| **Uygulanacağı Yerler:** |  |
| **Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:** |  |
| **Başlama Tarihi ve Süresi:** |  |
| **Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:** |  |

**Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu Klinik / Birim İdari Sorumlusu**

 **İmza İmza**

 **…./ …/ 20 …./ …/ 20**

 **Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı**

 **İmza**

 **…../ ..…/ 20…..**