 **ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ**

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

Ad Soyad

…./…../2020

İmza

**Araştırmanın;**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı:** |  |
| **Amacı:** |  |
| **Yöntemi:** |  |
| **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 Sorumlusu HASTANE YÖNETİCİSİ**

 **İmza İmza**

 **…./.…/ 2020 ..../.…/ 2020**