**T.C.**

**EDİRNE VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**ARAŞTIRMA BAŞVURU BELGESİ KONTROL FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sayı No** | **Dosya İçeriği** | **Var** | **Yok** |
| **1** | Dilekçe / Kurum Başvuru Yazısı |  |  |
| **2** | Başvuru Formu |  |  |
| **3** | Etik Kurul Kararı |  |  |
| **4** | Ön İzin Formu |  |  |
| **5** | Anket / Ölçek Örneği |  |  |
| **6** | Protokol (2 Nüsha) |  |  |

  **KONTROL EDEN**