|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Çalışmanın genel niteliği** | □ Klinik Araştırma |  |  |
|  | □Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma |
|  | □ Bilimsel Araştırma ve Projeler |
| **2. Çalışmanın adı** |  |
| **3. Öngörülen çalışma süresi** |  |
| **4. Çalışmanın yürütüleceği klinik/bölümün adı** |  |
| **5. Danışman (Öğretim Üyesi) unvanı/adı/soyadı (Belirlenmiş ise)** |  |
| **6. Sorumlu araştırmacı unvanı/adı/soyadı** |  |
| **7. Yardımcı araştırmacı unvanı/adı/soyadı** |   |
| **8- Çalışmaya katılan merkezler** | **Çok merkez Tek merkez** |
| (Çalışma çok merkezli ise ve belirlenmişse diğer merkezleri belirtiniz) |  |
| Yukarıda bilgileri bulunan araştırmanın sağlık tesisimizde/kliniğimizde yapılması;a) Uygun görülmüştür (Etik Kurul Onayı Alındıktan Sonra) b) Uygun görülmemiştir  *Nedenini yazınız.*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tarih ONAY (İmza/Kaşe)**