**…………………………….. ÖN İZİN BELGESİ**

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

Ad Soyad

Tarih

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 Eğitim Sorumlusu Klinik / Birim İdari Sorumlusu**

**İmza İmza**

**…./ …/ 202.. …./ …/ 202..**

**BAŞHEKİM / İLÇE SAĞLIK MÜDÜRÜ**

**İmza**

**./ …/ 202..**