Gün/Ay/Yıl

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Dr.........................................'ın sorumluluğunda ( Tez çalışması ise tez sahibinin adı soyadı unvanı da eklenmelidir.) yürütülmesi planlanan.......................isimli çalışmanın kliniğimizde/ laboratuarımızda yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

İletişim bilgileri İmza

Birim sorumlusu

Adı Soyadı

Ünvanı