**KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Yapılması planlanan “………….” isimli çalışmamın ekte sunulan belgelerle değerlendirilerek kurum onayı için;

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 ../../2023

 Sorumlu Araştırmacının

Adı Soyadı

 İmza

Sorumlu Araştırmacının

E-posta adresi ve Telefonu:

 ONAY

 Klinik Eğitim Sorumlusu

 Adı Soyadı

 İmza

Uygundur/Uygun Değildir

Doç. Dr. Serhat KOYUNCU

../../2023

Başhekim