**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