**BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

**Eğitim Ar-Ge Birimi**

 … … … … … … … … … … … … … Üniversitesi / Kurumu Öğretim Üyesi / Görevlisi olarak görev yapan … … … … … … … … … … … … ‘un/in/ın sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı / araştırmacılar … … … … … … … … … … … … … … … … … … … tarafından yapılması planlanan “ … … … … … … … … … … … … … … … … … … …” başlıklı araştırma izin talebine ilişkin başvuru formu ve eki evrakların olduğu başvuru dosyası ektedir. Söz konusu araştırma izin talebimizin tarafınızdan değerlendirilerek araştırmaya izin verilmesi hususunda;

 Gereğini bilgilerinize arz ederim.

\*Sorumlu Araştırmacı Unvanı / Adı Soyadı

İmza

Sorumlu Araştırmacının:

Adres : (Üniversite / Kurum Adı ve Adresi)

Telefon :

e-Posta :

**EK :**

Başvuru Dosyası … Sayfa