

بسمه تعالی

تاریخ تکمیل فرم:

با سلام و احترام

خواهشمند است اطلاعات زیر را تکمیل نموده و آن را به همراه مدارک لازم به مسئول دفتر توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان تحویل دهید.

نام طرح تحقیقاتی :

تاریخ ثبت در پژوهشیار : / / ۱۳

محل انجام طرح تحقیقاتی:

اسامی همکاران :

.....  
.....  
.....  
.....

اسامی مجریان طرح :

.....  
.....

وضعیت طرح در کمیته اخلاق :

مصوب در کمیته اخلاق  کد تصویب .....  
.....

وضعیت اجرای طرح در حال حاضر :

درصد پیشرفت طرح .....

لطفا فلو چارت مراحل اجرایی طرح خود را بنویسید.