**…../…../2022**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | T.C.SAĞLIK BAKANLIĞISağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi |  |

 **……………KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSUNA**

…………….Kliniği’nde yapılması planlanan “……………………” isimli çalışmanın ilgili kısımlarının kliniğiniz/biriminiz bünyesinde gerçekleştirilebilmesi hususunda görüşlerinizi bildirmenizi arz ederim.

Sorumlu Araştırmacı

 Adı-Soyadı-Ünvan

 İmzası

 **U Y G U N D U R**

…../…./2022

 İZİN ALINAN KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSU

 Adı-Soyadı-Ünvanı

 İmzası