**T.C.**

**SBU GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ**

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**BAŞKANLIĞI’NA**

**Araştırmanın Açık Adı:**

**Destekleyicinin Kod Numarası (Varsa):**

Yukarıda açık adı (ve gerekli ek bilgiler) verilen araştırmamızın kurulunuz tarafından değerlendirilmesi hususunda gereğini arz ederim.

 **Sorumlu/Koordinatör Araştırmacı**

**Unvanı, Adı ve Soyadı (Islak İmzalı)**

 **Araştırmacının kurumu**