|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME MERKEZ BAŞKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU** |  |
| Bilimsel Araştırmanın Başlığı |  |
| Bilimsel Araştırma Başvuru Tarihi |  |
| Araştırmacının Unvanı, Adı ve Soyadı |  |
| Araştırmacının Kurumu |  |
| Araştırmacının İletişim Bilgileri (eposta ve cep telefonu) |  |
| Bilimsel Araştırmanın İlgili Ar-Ge Birimi | Kök Hücre Araştırma Birimi |[ ]
|  | Gülhane Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Birimi |[ ]
|  | Cerrahi Araştırma Birimi  |[ ]
|  | Moleküler Araştırma ve Uygulama Birimi  |[ ]
|  | Mikrocerrahi Eğitim ve Deneysel Araştırma Birimi  |[ ]
|  | Kromatografi ve Spektrofometri Birimi  |[ ]
| İlgili Ar-Ge Birimi Destek Hizmeti Açıklaması |  |
| Bilimsel Araştırmanın Türü | Bilimsel Araştırma Projesi |[ ]
|  | Tıpta Uzmanlık Eğitimi |[ ]
|  | Lisansüstü Eğitim  |[ ]
|  | Destek Projesi (TÜBİTAK, DPT, BAP, SANTEZ |[ ]
|  | Yurt Dışı Birim………………… |[ ]
|  | Ön Çalışma |[ ]
|  | Diğer……………………  |[ ]
| Etik Kurul İzin Durumu | İzin Belgesi var, Numarası……………… |[ ]
|  | İzin Belgesi Gerekli Değil |[ ]
| GSBE Bilimsel Araştırma Kabul Numarası ve Tarihi | **\*** |
| Bilimsel Araştırma Bütçesi |  |

Yukarıda bilgileri sunulan Bilimsel Araştırmanın Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma ve Geliştirme Merkez Başkanlığı ................................................................................ Biriminde yürütülmesini istiyorum. Çalışmamda elde edilecek bilimsel verilerin sunulacağı her ortamda ilgili (makale, tez, sözel ve poster bildiri vb.) Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma ve Geliştirme Merkez Başkanlığı Birimlerini kaynak göstermeyi teyit ederim.

Araştırmacı

Adı Soyadı, İmza

**\*** Bu alan Enstitü Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır.

UYGUNDUR

**GSBE Form No:2021/42**

Prof. Dr. Ali ALBAY

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ar-Ge Merkez Başkanı

Prof. Dr. Onur GENÇ

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitü Müdürü