

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**Ankara Etlik Şehir Hastanesi**

  **.../.../20..**

**Konu:**

**................. HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

 ...... Hastanesi (MH....) ...... Kliniğinde yapılması planlanan; ............ firması tarafından desteklenen; ......Kliniği Öğretim Üyesi ...Dr......... sorumluluğunda yürütülecek olan (.......) protokol numaralı ’’çalışmanın tam adı ve hangi faz çalışma olduğu’’ başlıklı çalışmanın yapılabilmesi için gereken iznin verilmesi konusunda.

 Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 ......../......./.........

 İmza

 Sorumlu Araştırmacı

 Adı Soyadı

UYGUNDUR

İmza

 Adı ve Soyadı

Sorumlu Hastane Başhekimi