**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**M.S. BALTALİMANI KEMİK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**EĞİTİM PLANLAMA KURULU BAŞKANLIĞINA;**

Hastanemizde yapılması planlanan …………….........................................................

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

......................................................................................................................................... başlıklı çalışmamızın kurulunuz tarafından değerlendirilmesi hususunda;

 Gereğini arz ederim.

 Sorumlu Araştırmacı Adı-Soyadı

 İmza

 *….../...../………..*

Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı

 İmza İmza

Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı

 İmza İmza

Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı Yardımcı Araştırmacı Adı-Soyadı

 İmza İmza