Ar-Ge Kurulu’ na,

Düzeltilerek ekte gönderilen ve aşağıda özellikleri tanımlanmış olan belgelerin değerlendirilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Başvuru sahibi: Ad / Soyad / İmza

**TANIMLAYICI BİLGİLER**

|  |
| --- |
| Adı Soyadı/ Ünvanı:  |
| Kurum / Üniversite: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi |
| Bölümü:  |
| Telefonu:  |
| e-mail adresi:  |
| Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı):  |

 Sorumlu Araştırmacı

**Düzeltme/Değişiklik Tarihi:**

**Düzeltme/Değişiklik istenen belge :**

İSTENEN DÜZELTME:

YAPILAN DÜZELTMENİN KISA AÇIKLAMASI: