T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU

Klinik Araştırmalar Dairesi Başkanlığı

Bilgilendirme ve Koordinasyon Birimi

|  |  |
| --- | --- |
| **Konu:**  | Klinik Araştırmalar ve İyi Klinik Uygulamaları Eğitim Programı |
| **İlgi:**  |       |

Aşağıda detayları verilen klinik araştırmalar ve iyi klinik uygulamaları eğitim programı ile ilgili bilgiler yazımız ekinde sunulmaktadır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Eğitim programının adı:** |       |
| **Kurs koordinatörünün adı ve soyadı:** |       |
| **Eğitim tarihi:** |  |
| **Eğitime destek veren kurum/kuruluş:** |  |

(Başvurunun içeriğini yazınız)

* Başvuru dosyasına eklenen tüm dokümanların aslı ile birebir aynı olduğunu ve arama yapılabilir pdf olarak hazırlandığını,
* Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

Yukarıda detayları verilen başvurunun değerlendirilmesini ve gereğini saygılarımla arz ederim.

(ıslak imzalı üst yazılarda)

…./…./….

İmza/Kaşe

Adı Soyadı

|  |
| --- |
| Başvuru için iletişime geçilecek kişi: |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| E-posta:  |  |

**Ekler:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doküman** | **Açıklama** |
| **1.** | Klinik Araştırmalar ve İyi Klinik Uygulamalar Eğitim Programı Başvuru Formu |  |
| **2.** | Eğitim Materyalleri |  |
| **3.** | Eğiticilere Ait Belgeler |  |
| **4.** |  |  |