



کد فرم: FO/EDU/۰۹

سال تدوین: ۱۳۹۹

شماره بازنگری: ۲

فرم همکاری پرسنل در طرح‌های پژوهشی

نام و نام خانوادگی پژوهشگر اصلی:	
نام و نام خانوادگی دانشجو:	رشته تحصیلی:
شماره تلفن همراه:	
نام و نام خانوادگی استاد مشاور بیمارستان خورشید:	
عنوان طرح:	
کد اخلاق:	
بخش مورد نظر جهت اجرای طرح:	
آیا همکاری پرسنل به گونه‌ای است که نیازمند تشویق ویژه‌ای باشد؟ (به تشخیص ریاست بیمارستان) ☐ بله ☐ خیر	
فرد یا افراد معرفی شده جهت همکاری:	
نحوه همکاری با پرسنل بیمارستان	نام و نام خانوادگی پرسنل: محل خدمت: نوع همکاری: مالی ☐ امتیاز کارکنان* ☐ درج نام در مقاله ☐
	نام و نام خانوادگی پرسنل: محل خدمت: نوع همکاری: مالی ☐ امتیاز کارکنان* ☐ درج نام در مقاله ☐
	نام و نام خانوادگی پرسنل: محل خدمت: نوع همکاری: مالی ☐ امتیاز کارکنان* ☐ درج نام در مقاله ☐
	توضیح:
امضاء پرسنل ۱ -	
امضاء پرسنل ۲ -	
امضاء پرسنل ۳ -	
امضاء پژوهشگر اصلی:	

* امتیاز کارکنان " در نحوه همکاری با پرسنل بیمارستان از طرف بالاترین مقام بیمارستان تعیین می‌گردد.