EK-1 ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A.1 | ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER | | |
| A.1.1 | Adı Soyadı: | | |
| A.1.2 | Kurumu/Üniversitesi: | | |
| A.1.3 | Bölümü: | | |
| A.2. | ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER | | |
| A.2.1 | Araştırmanın Konusu (Araştırmanın Açık Adı): | | |
| A.2.2 | Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kurucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.) | | |
| A.2.2.1 | Yüksek Lisans Tezi | | |
| A.2.2.2 | Doktora Tezi | | |
| A.2.2.3 | Uzmanlık Tezi | | |
| A.2.2.4 | Bireysel Araştırma Projesi | | |
| A.2.2.5 | Diğer ise, lütfen belirtiniz. | | |
| A.2.3 | Amaç/Kapsam: | | |
| A.2.4 | Veri Toplama Yöntemi: | | |
| A.2.5 | Hipotez(ler): | | |
| A.2.6 | Araştırmanın kısıtlılıkları/sınırlılıkları: | | |
| A.2.7 | Araştırmanın Evreni/Örneklemi (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır): | | |
| A.2.8 | Araştırmanın Yapılacağı Zaman: | | |
| A.2.9 | Bu araştırmada kullanılan meteryal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak  bir başka araştırma planlanmakta mıdır? | Evet | Hayır |
| A.2.10 | Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak olan araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz: | | |
| A.2.11 | Araştırma katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular  içeriyor mu? | Evet | Hayır |
| A.2.12 | Gönüllü katılımını olumsuz yönde etkileyecek herhangi bir soru veya durum  var mı? | Evet | Hayır |
| A.2.13 | Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul/komisyon var mı? | Evet | Hayır |
| A.2.14 | Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız. | | |
| A.2.14.1 | Araştırmanın bireysel yararı var mı? | | |
| A.2.14.2 | Araştırmanın kurumsal (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) yararı var mı? | | |
| A.2.14.3 | Araştırmanın toplumsal yararı var mı? | | |
| A.2.14.4 | Araştırmanın bilimsel yararı var mı? | | |

B. ARAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR

(Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü inceleyiniz.)\*

\*Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.

|  |  |
| --- | --- |
| B.1 | Adı Soyadı: |
| B.2 | Unvan: |
| B.3 | Uzmanlık Alanı: |
| B.4 | İş Adresi: |
| B.5 | E-posta Adresi: |
| B.6 | Telefon Numarası: |
| B.7 | Faks Numarası: |

C. İLGİLİ BELGELER

(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

|  |  |
| --- | --- |
| C.1 | Üniversite / Kurum Talep Yazısı |
| C.2 | Varsa Anket Formu\*  Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir. Ayrıca, her sayfasında sorumlu araştırmacının imzası olan bir örneği başvuru formuna eklenmelidir. Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir. |
| C.3 | Çalışma Yapılacak İl(ler) Listesi |
| C.4 | Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis(leri) Listesi |

D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI



NOT:

|  |  |
| --- | --- |
| D.1 | İşbu başvuru formu ile, kendim/başvuru sahibi adına |
| D.2 | Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu,  Araştırmanın ilgili mevzuata, Değerlendirme Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,  Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Türkiye Kamu  Hastaneleri Kurumuna sunacağımı taahhüt ederim. |
| D.3 | Başvuru Sahibinin |
| D.4 | Adı soyadı: |
| D.5 | Tarih (gün/ay/yıl olarak): |
| D.6 | İmza: |



Bu form doldurularak Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterliklerine müracaat



edilecektir.

Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir. Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Genel Sekreterlik tarafından UYGUN GÖRÜLMESİ gerekmektedir.



Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili Genel Sekreterliklere ayrı ayrı başvuru yapılması

gerekmektedir.