

Dr. Hafız Cemal Lokmanhekim Sağlık Vakfı
“Sosyal Bilimlerde Sağlık” Akademik Araştırma Destek Programı

DR. HAFIZ CEMAL

BAŞVURU FORMU

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı

Doğum Tarihi / /

T.C. Kimlik No

Uyruk

Yazışma Adresi

.....

Telefon

E-posta

ORCID No (varsa)

2. AKADEMİK BİLGİLER

Kayıtlı Olduğu Üniversite

Enstitü / Fakülte

Doktora Programı

Doktora Programına Başlangıç Yılı

Tez Danışmanının Adı Soyadı

Tez Başlığı / Tez Konusu

.....

Doktora Yeterlilik Tarihi / /

Tez Önerisi Kabul Tarihi / /

www.doktorhafizcemalvakfi.org

3. ÖNCEKİ EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans

Üniversite

Program

Mezuniyet Yılı

Tez Başlığı

Lisans

Üniversite

Bölüm / Program

Mezuniyet Yılı

4. ARAŞTIRMA PROJESİ BİLGİLERİ

Proje Başlığı

Araştırma Özeti (en fazla 250 kelime)

.....

.....

.....

.....

.....

Anahtar Kelimeler (en fazla 5 adet)

5. ARAŞTIRMA VE SAHA BİLGİLERİ

www.doktorhafizcemalvakfi.org

Araştırmanın yürütüleceği şehir / bölge / kurum

Araştırmada kullanılacak temel yöntem(ler)

DR. HAFİZ CEMAL

Saha çalışması planlanıyor mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

SAĞLIK VAKFI

Etik kurul izni gerekiyor mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Eğer gerekiyorsa etik kurul izni durumu

- ☐ Alındı
☐ Başvuru yapıldı
☐ Henüz yapılmadı

Kurum izinleri gerekiyor mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

6. BEYAN

Başvuru sahibi olarak sunduğum bilgilerin doğru olduğunu, başvuru dosyasında yer alan çalışmanın özgün olduğunu ve etik ilkelere uygun biçimde hazırlandığını beyan ederim.

Ad Soyad

Tarih / /

İmza

www.doktorhafizcemalvakfi.org