**فرم درخواست مشاوره**

**نام سازمان/دانشگاه:** بيمارستان شهيد بهشتي/دانشگاه علوم پزشكي كاشان

نام واحد: واحد توسعه تحقيقات باليني بيمارستان شهيد بهشتي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع مشاوره درخواستي | طرح تحقيقاتي  پايان نامه  مقاله­نويسي  پروپوزال­نويسي  جستجوي مقالات علمي  نحوه رفرنس­نويسي  نحوه تجزيه و تحليل آماري  مشاوره اپیدمیولوژی  سابمیت مقاله و امور کامپیوتری  مشاوره اخلاق پزشکی  فناوری  ساير موارد ................................................................. | |
| نام و نام خانوادگي متقاضي مشاوره:  تاریخ درخواست:  امضاء: | نام و نام خانوادگي مشاور:  امضاء: | امضاي تأييد كننده واحد:  امضاء: |