**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 تحقيقاتيپايان نامهمقاله­نويسيپروپوزال­نويسيجستجوي مقالات علمينحوه رفرنس­نويسينحوه تجزيه و تحليل آماريمشاوره اپیدمیولوژیسابمیت مقاله و امور کامپیوتریمشاوره اخلاق پزشکیفناوری ساير موارد ................................................................. |
| نام و نام خانوادگي متقاضي مشاوره:تاریخ درخواست:امضاء:  | نام و نام خانوادگي مشاور:امضاء: | امضاي تأييد كننده واحد:امضاء: |