



دانشگاه علوم پزشکی کردستان
دفتر آموزش بیمارستان بعثت

فرم مشاوره پژوهشی مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بعثت
واحد توسعه تحقیقات بالینی

تاریخ اولین مراجعه:

مشخصات مشاوره گیرنده:

نام و نام خانوادگی:

سمت:

مقطع:

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی مشاور پژوهشی:

نوع فعالیت پژوهشی:

امضای معاون آموزشی و پژوهشی مرکز

امضای مشاور پژوهشی

امضای مشاوره گیرنده