|  |  |
| --- | --- |
| logoo | **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU****ÖZGEÇMİŞ FORMU** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **KİŞİSEL BİLGİLER** |
| **1.a.** | **Adı Soyadı:** |
| **1.b.** | **Doğum Tarihi ve Yeri:** |
| **1.c.** | **Yabancı Dil Bilgisi:** |
| **1.d.** | **Görev Yeri:** |
| **1.e.** | **İletişim Bilgileri (e-posta adresi / telefon):** |
| **2.** | **EĞİTİM BİLGİLERİ** |
| **2.a.** | **Mezun Olduğu Üniversite / Fakülteyi Lütfen Belirtiniz:** |
| **2.b.** | **Mezuniyet Tarihini Lütfen Belirtiniz (Yıl olarak):**  |
| **2.c.** | **Varsa, Akademik Unvanları Lütfen Belirtiniz:**  |
| **3.** | **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER** |
| **3.a.** | **Bugüne Kadar Çalıştığı Kurum / Kuruluşları Lütfen Belirtiniz:** |
| **4.** | **KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER** |
| **4.a.** | **İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Konusunda Eğitim Alınmışsa Lütfen Tarihi ve Alınan Kurum/ Kuruluşun Adı ile Belirtiniz:** |
| **4.b.** | **Varsa, Araştırmacı Olarak Katılınan Klinik Araştırmaları Lütfen Belirtiniz:** |
| **4.c.** | **Varsa, İzleyici (Monitör) Olarak Katılınan Klinik Araştırmaları Lütfen Belirtiniz:** |
| **4.d.** | **Varsa, Saha Görevlisi Olarak Katılınan Klinik Araştırmaları Lütfen Belirtiniz:** |
| **5.** | **ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI** |
| **5.a.** | **Özgeçmiş Sahibi El Yazısıyla Adı Soyadı:** |
| **5.b.** | **Tarih (gün/ay/yıl olarak):** |
| **5.c.** | **İmza:** |

* Bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihliden yeni tarihliye doğru sıralanmalıdır.
* Sayfa sayısı biden fazla ise, tüm sayfaların imzalanması gerekmektedir.