تاریخ
شماره

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خرمدره

فرم درخواست اجرای طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات طب تجربی

مسئول محترم مرکز تحقیقات طب تجربی

با سلام

احتراما به بدینوسیله آقای/ خانم ..... پژوهشگر/دانشجوی رشته ..... مقطع ..... دانشگاه/دانشکده ..... جهت انجام آزمایشات مربوط به پایان نامه/ طرح تحقیقاتی مصوب با عنوان..... با کدپژوهشی به شماره.....و کد اخلاق به شماره.....زیر نظر اینجانب استاد راهنما/مجری طرح ..... در آزمایشگاه مرکز تحقیقات طب تجربی معرفی می گردد. لذا خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم مبذول گردد.

نوع طرح: طرح تحقیقاتی مصوب ☐ پایان نامه ☐ طرح تحقیقاتی پایلوت ☐ طرح تحقیقاتی دانشجویی ☐

ردیف	نوع حیوان	جنس/تعداد	سن/وزن	تاریخ تحویل	تاریخ اتمام پروژه(طول مدت نگهداری)	نوع مداخله روی حیوان (تزریق،گاواژ،خونگیری،جراحی و ....)	نحوه معدوم سازی

همچنین افراد ذیل جهت همکاری در پایان نامه/طرح تحقیقاتی در انجام کار بر روی حیوانات معرفی می گردند که موظف به رعایت مقررات آن مرکز می باشند.

-1

-2

ضمنا استاد راهنما/مجری متعهد می شود براساس گزارش مرکز و معادل حیوان درخواستی، طول مدت نگهداری، هزینه تعویض پوشال و نیز وسایل مصرفی، هزینه پیش بینی شده را قبل از تحویل گرفتن موش به شماره حساب درآمدهای غیردرمانی دانشگاه **IR 790100004001081603025421** شناسه واریزتحقیقات **3310816801241010280000000000800** دانشگاه علوم پزشکی بیرجند واریز و اصل فیش را تحویل مرکز نماید. همچنین هزینه پیش بینی شده در بخش پرسنلی طرح شخصا به کارشناسان و همکاران پرداخت گردد.

امضاء استاد راهنما/مجری　　امضا پژوهشگر/دانشجو　　امضاء مسئول مرکز طب تجربی

شرح مواد مصرفی و خدمات ارائه شده:

-1

-2

توضیحات: