**Sorumlu Araştırmacı Bilgileri\*:**

 Adı- Soy Adı:

Kurum Sicil No:

 Kurum/Üniversite Adı:

 Bölüm:

 İletişim telefon:

**Araştırmaya/Projeye Ait Bilgiler:**

 Kullanımı talep edilen laboratuvar: [ ]  Mikrobiyoloji – Farmakoloji [ ]  Kök Hücre

[ ]  Doku Takip ve Görüntüleme [ ]  Fizyoloji [ ] Nöroanatomi [ ] Kardiyovasküler Araştırma

 Kullanım talep edilen gün ve saatler:

 Çalışmaya katılacak diğer kişiler:

Biriminiz imkânlarından yukarda talep ettiğim zamanlarda faydalanmak istiyorum. Talep ettiğim alanlar dışında çalışmayacağımı deney hayvanları üretim kısmına girmeyeceğimi ve çalışma sürecinde meydana gelecek kusurlarımıza bağlı zararları karşılayacağımızı taahhüt ederim.

 **Araştırmacı İmzası ……/…../2019**

\*; Araştırma ve Uygulama Merkezini kullanacak tüm araştırmacılar için bir form doldurulacaktır.

(ÇOMÜ akademik personeli olmayan kişilerin kimlik fotokopilerini bu forma eklemeleri gereklidir)