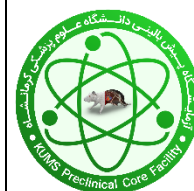


فرم اطلاعات پذیرش پروژه

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تلفن همراه: ایمیل:	رشته و آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی: دانشگاه محل تحصیل: نشانی محل کار:	مجری طرح			
نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تلفن همراه: ایمیل:	رشته و آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی: دانشگاه محل تحصیل: نشانی محل کار:	نماینده مجری (دانشجو/ همکار علمی)			
عنوان و خلاصه پروژه (حداکثر 100 کلمه):		هدف از پروژه (حداکثر 50 کلمه):	حوزه تحقیقاتی: <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Cell therapy <input type="checkbox"/> Dental & bone studies <input type="checkbox"/> Drug targeting <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Gene therapy <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Instrumentation <input type="checkbox"/> Material Science <input type="checkbox"/> Nano particle <input type="checkbox"/> Nephrology <input type="checkbox"/> Neurology <input type="checkbox"/> Probes & contrast agent <input type="checkbox"/> Radiotherapy <input type="checkbox"/> Regenerative medicine <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Nutritional & Food Sciences <input type="checkbox"/> Zoology		
تکمیل کننده: تاریخ/ امضا	نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه: <input type="checkbox"/> می باشم <input type="checkbox"/> نمی باشم	<input type="checkbox"/> Micro CT Contrast Agent:	<input type="checkbox"/> Fluorescence Imaging Fluorescent Contrast Agent: Excitation Wavelength: Emission Wavelength:	<input type="checkbox"/> PET Scan <input type="checkbox"/> SPECT Scan Radionuclide: <input type="checkbox"/> FDG <input type="checkbox"/> Ga-68 <input type="checkbox"/> Tc-99m <input type="checkbox"/> Ga-67	خدمات مورد نیاز
چگونه با آزمایشگاه پیش بالینی آشنا شدید؟ <input type="checkbox"/> معرفی <input type="checkbox"/> رسانه های اجتماعی <input type="checkbox"/> وب سایت <input type="checkbox"/> جستجو در گوگل <input type="checkbox"/> پیامک <input type="checkbox"/> ایمیل اطلاعیه <input type="checkbox"/> دانشگاه های دیگر		تاریخ پذیرش: کارشناس پذیرش: شماره پذیرش: امضاء:		پذیرش	
توضیحات / امضا:		نیاز به مجوز کمیته اخلاق: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	ارجاع شود به:	معاون علمی و فناوری	
توضیحات/ امضا:		این پروژه قابل انجام <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد.		کارشناس آزمایشگاه	



خواهشمند در صورتیکه آزمایش فوق منجر به یک اثر علمی گردید، در بخش قدردانی، نام دستگاه و آزمایشگاه پیش‌بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قید گردد.

