|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: |
| شماره تلفن همراه: |
| آیا سابقه بیماری خاصی دارید؟  بله□ خیر□ ، نام بیماری: ............................................ |
| آیا در حال حاضر داروی خاصی مصرف می کنید؟  بله□ خیر□ ، نام دارو: .............................................. |
| تاریخ تولد: |
| میزان تحصیلات: |
| شماره حساب: |

|  |
| --- |
| اینجانب...................................................با کد ملی........................................... تأیید می نمایم که در تاریخ..........................................مبلغ........................................بابت شرکت در آزمایش.....................................................دریافت نموده ام. |

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی مجری پروژه: |
| عنوان پروژه: |
| روش آزمایش: |
| میزان مبلغ پیش بینی شده برای پرداخت به شرکت کننده: |
| نام استاد ناظر: |
| تأیید و توضیحات استاد ناظر: |

|  |
| --- |
| تأیید مدیر اجرایی: |