

Ansökan om tillstånd att genomföra en studie inom ramen för läkares eller tandläkares specialiseringstjänstgöring (ST)

Projekttitel	
Kortfattad beskrivning av projektet inkl syfte	
Studiedesign	Tidpunkt för datainsamling
Namn, ST-läkare/ST-tandläkare	Personnr
Blivande specialitet	Anställd vid klinik/enhet
Huvudansvarig handledare, klinik/enhet	
Vetenskaplig handledare (om annan än ovanstående), klinik/enhet	

Projektplan bifogas

ja nej

Tillstånd att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av klinikens/enhetens kontinuerliga verksamhetsuppföljning och kvalitetsutvecklingsarbete och anses därför ej behöva granskas av forskningsetisk kommitté

Tillstånd att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör granskas av forskningsetisk kommitté innan genomförande

Tillstånd att genomföra ovanstående studie lämnas ej

Ort och datum: _____

Underskrift ansvarig verksamhetschef_____
Namnförtydligande, klinik/enhet

Ansökan om tillstånd att genomföra en studie inom ramen för läkares eller tandläkares specialiseringstjänstgöring (ST)