|  |  |
| --- | --- |
|  | VAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  KAMU HASTANELERİ BAŞKANLIĞI  BİLİMSEL ÇALIŞMALARA DESTEK PUANI BAŞVURU FORMU (EK-2) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Başvuru Sahibi**  **Adı-Soyadı / Ünvanı** | **Yayının Adı** | **Yayın Türü (Araştırma Makalesi, Derleme, Vaka Takdimi, Editöre Mektup, Ulusal/Uluslarası Sözlü/Poster Bildiri vb.)** | **Yayınlandığı Derginin Adı** | **Derginin Yer Aldığı İndeks** | **İsim Sıra Listesi ve Yazarın Sırası** | **ISSN No** | **Yayın Tarihi** | **Ulusal veya Uluslararası kongrenin adı (Sözlü/Poster Bildiri için)** | **Puanı** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tarafımca yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.**

**Başvuru tarihinden itibaren 6 aydan fazla süre geçen yayınlar için daha önce başka bir kurumdan bilimsel çalışma destek puanı almadığımı taahhüt ederim.**

Adı-Soyadı:

Ünvanı:

Tarih:

İmza: