



جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل

IMAM ABDULRAHMAN BIN FAISAL UNIVERSITY

معهد الأبحاث والاستشارات الطبية

Institute for Research and Medical Consultations

! " # % () * + & - . / 0123

بيانات الباحث

	الاسم
<input type="checkbox"/> جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل <input type="checkbox"/> أخرى حدد	الانساب
	القسم
	الكلية / المؤسسة
	رقم التواصل
	البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/> عضو هيئة تدريس <input type="checkbox"/> طالب	المرتبة
	تفاصيل المشروع
<input type="checkbox"/> مقترن <input type="checkbox"/> مصدق	مفترض / مصدق
	عنوان المشروع
<input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> رقم	رقم المصادقة IRB
<input type="checkbox"/> اتفاقية العمل الجماعي ومشاركة المعرفة <input type="checkbox"/> الاستشارة <input type="checkbox"/> استخدام أداة اسم الأداة عدد العينات	نوع التعاون الذي تود اختياره
<input type="checkbox"/> تدريب <input type="checkbox"/> أخرى	
	مدة التعاون
<input type="checkbox"/> وكالة التمويل <input type="checkbox"/> IAU-DSR <input type="checkbox"/> KACST <input type="checkbox"/> أخرى	بيانات التعاون
هل مشروع البحث <input type="checkbox"/> ممول مشروع <input type="checkbox"/> غير ممول	
رجاء حدد كيف سيتم مكافأة المشاركين المحتملين	
	بيانات باحث IRMC
	باحث مشارك من IRMC
	بريد الباحث الإلكتروني
	تاريخ الزيارة
	ممتلئتها
<input type="checkbox"/> اسم المختبر التاريخ:	مرافق المراد زيارتها توقيع مدير المختبر

للحصول على نموذج (IRMC.03) بصيغة word
يمكن النقر والمسح على الباركود التالي





جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل

IMAM ABDULRAHMAN BIN FAISAL UNIVERSITY

متحف الأبحاث والاستشارات الطبية

Institute for Research and Medical Consultations

اتعہد بان

1. اتبع القواعد والارشادات
 2. احضار اثبات التأليف للأشخاص المعنيين من IRMC لتنفيذ المشروع.
 3. الاعتراف بمرافق IRMC في النتائج المستقبلية للمشروع.
 4. التعاون لا يشمل المواد والكيميائيات.
 5. الزيارة يجب ان تكون خلال ساعات و ايام العمل.

اسم مقدم الطلب و توقيعه: _____
التاريخ: _____

موافق مقبول مرفوض

للحصول على نموذج (IRMC.03) بصيغة word يمكن النقر والمسح على الباركود التالي

