بسمه تعالی

فرم درخواست تمدید زمان طرح مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی

|  |  |
| --- | --- |
| **نام مجری** |  |
| **عنوان طرح** |  |
| **تاریخ ابلاغ طرح(شروع قرارداد)** |  |
| **تاریخ اتمام قرارداد** |  |
| **مدت زمان درخواستی تمدید** |  |
| **تاریخ ارسال آخرین گزارش** |  |
| **توضیح علت تاخیر** |  |

اگر از تاریخ ارسال آخرین گزارش بیش از 6 ماه گذشته باشد گزارش پیشرفت جدید لطفا ضمیمه گردد.

امضا

تاریخ

|  |
| --- |
| نظر شورای پژوهشی تأیید عدم تأیید  امضا ریاست مرکز |