|  |
| --- |
| **Ansökan om studentstöd vid Kliniskt forskningslaboratorium** |
| **Projekttitel** |
| X |
| **Studentens namn och kontaktuppgifter** |
| X |
| **Handledarens namn och kontaktuppgifter** |
| X |
| **Etik/Biobank** |
| Godkännande från Etikprövningsnämnd resp, biobanksavtal (markera med x) |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Dnr: |  | Ja |  | BA nr: |
| Nej |  |  |  | Nej |  |  |
| Ej aktuellt |  |  |  | Ej aktuellt |  |  |

 |
|  |
| **Debitering och Fakturering** |
| Uppgifter för fakturering av anslag inom Region Örebro län |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anslagsgivare | Ansvarsenhet (ae) | Projektkod | Anslagsnummer |
|  |  |  |  |

 |
| Uppgifter för extern fakturering: |
|  |
| **Projektbeskrivning med frågeställning** |
| X |
| **Material och metod** |
| X |
| **Handledning – beskrivning och omfattning av behov** |
| X |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Student behöver hjälp med; | Ja | Nej |  | Student behöver hjälp med; | Ja | Nej |
| Planering  |  |  |  | Bearbetning av resultat |  |  |
| Utförande |  |  |  | Skrivprocess |  |  |

 |
|  |
| **Tidsplan**  |
| X |
| Ifylld blankett skickas till Elisabet Tina, e-post elisabet.tina@regionorebrolan.se |