

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
VETERİNER FAKÜLTESİ
Prof. Dr. Ali Rıza AKSOY Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftlik Müdürlüğü

ÇALIŞMA BİLGİ FORMU

Yürütücünün Adı-Soyadı:	Birimi:	Araştırmanın Türü:
Araştırmanın adı:		
Araştırmayı destekleyen kuruluş ve proje no:		
Araştırmanın amacı:		
Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftlik Müdürlüğünden karşılanması istenilen talepler:		
Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftliğine sağlanacak katkılar:		
Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftliği'nde çalışacak araştırmacı/araştırmacıların adları:		
Çalışmanın başlangıç ve bitiş tarihleri:		
Çalışmanın yapılacağı günler ve tarihler:		

Yukarıda adı geçen çalışmayı yapmak üzere Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftliğinde rutin bakım besleme şartlarında yapmak üzere izin istemekteyim ve Eğitim Araştırma ve Uygulama Çiftlik Müdürlüğü'nün çalışma kurallarına uyacağımı kabul ediyorum.

İmza
Tarih