



مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی

تاریخ:

شماره:

درخواست اجرای طرح پژوهشی در آزمایشگاه عصب شناختی (انسانی)

نام خانوادگی: نام: مقطع تحصیلی: تلفن همراه:

تلفن ثابت: رایانامه:

نشانی دانشگاه/ مرکز:

عنوان طرح (روگرفت پیشنهاده ضمیمه شده است) «.....»

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: رتبه علمی استاد راهنما: شماره تماس استاد راهنما:

نام و نام خانوادگی استاد مشاور: رتبه علمی استاد مشاور: شماره تماس استاد مشاور:

نام و نام خانوادگی سایر همکاران:

مدت اجرای طرح: تاریخ شروع: تاریخ پایان:

♦ دستگاه مورد نیاز:

Eye Tracking -۱ ERP -۲ TMS -۳ fNIRS -۴ tDCS -۵ Virtual Reality- ۶

♦ آزمون‌های مورد نیاز: ۱- ۲- ۳-

♦ نیاز به تحلیل و پردازش داده‌ها: دارد ندارد

♦ مشخصات آزمودنی‌ها:

تعداد کل: نفر

گروه نرمال: نفر گروه آزمایش: نفر * نوع اختلال/ بیماری در میان گروه آزمایش:

گروه سنی:

کودک و نوجوان: دختر..... نفر پسر..... نفر محدوده سنی سال

بزرگسال: زن نفر مرد نفر محدوده سنی سال

♦ آزمودنی نیاز به مراقبت و نظارت: دارد ندارد

♦ زمان انجام آزمون برای هر آزمودنی: دقیقه

نام و امضاء درخواست کننده

تاریخ

نام و امضاء استاد راهنما

تاریخ