



تاریخ:  
شماره:  
کد:

### درخواست استفاده از آزمایشگاه عصب شناختی انسانی

نام خانوادگی: ..... نام: ..... مقطع تحصیلی: ..... تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: .....  
 رایانامه: ..... نشانی دانشگاه/ مرکز: .....  
 عنوان طرح (اصل پروپوزال ضمیمه شده است) «.....»  
 استاد راهنما: ..... استاد مشاور: ..... دیگر همکاران: .....  
 مدت اجرای طرح: ..... تاریخ شروع: ..... تاریخ پایان: .....

### آزمایشگاه عصب شناختی انسانی

♦ دستگاه مورد نیاز:  Eye Tracking -۱  ERP -۲  TMS -۳  EMG -۴  TDCS -۵

♦ 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