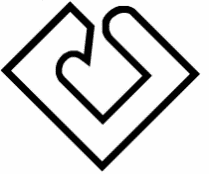
بسمه تعالی

**** ****

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان**

**معاونت تحقیقات و فن آوری**

فرم شرکت در مسابقه ایده فناورانه

* نام و نام خانوادگی:
* نام و نام خانوادگی مجری:
* عنوان ایده:
* محل اجراي ایده:
* مدت زمان مورد نیاز جهت اجراي ایده تا حصول نمونه محصول اولیه:
* جمع كل هزينه:
* تاريخ پيشنهاد ایده:
* آیا این ایده در آینده پایان نامه دانشجویی خواهد شد؟  خیر  بله
* آیا ایده خود را تاکنون در سایر مراکز و سازمان ها ارائه کرده اید؟  خیر  بله (نام مرکز: )
* آیا از سایر منابع جذب اعتبار می‌شود؟  خیر  بله (نام منبع: )
* حوزه ی تخصصی ایده:

|  |  |
| --- | --- |
| بیوتکنولوژی | تجهیزات پزشکی و طراحی صنعتی |
| خدمات پزشکی | مهندسی پزشکی، کیت و دارو |
| طب سنتی، ایرانی و اسلامی | فناوری اطلاعات، انفورماتیک و سلامت دیجیتال |
| کشاورزی، صنایع غذایی و زیست فناوری  بهداشت، ایمنی و محیط زیست | آموزش پزشکی و آموزش بیمار  سایر (توضیح دهید): |

* وضعیت فعلی ایده پیشنهادی:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ایده | آماده جهت نمونه سازی | | نمونه آزمایشگاهی و عدم فروش محصول |
| نمونه کارگاهی و فروش محدود | | نمونه صنعتی و فروش انبوه | |

* صحت مطالب این پروپوزال مورد تائید است:  خیر  بله

اینجانب ............................... به عنوان تکمیل کننده این فرم صحت مطالب ارائه شده را به طور کامل تائید می نمایم.

**تاریخ تکمیل و امضاء:**

**1- اطلاعات فردی:**

**مشخصات ایده دهندگان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام: | | نام خانوادگي: | | | | کد ملی: | | | |
| رشته تخصصي و مقطع تحصیلی: | | | | | | سال تولد: | | | |
| مرتبه علمی: مربی استادیار دانشیار  استاد دانشجو  در صورت دانشجو بودن مقطع آن ذکر گردد: | | | | | | | | پژوهشگر غير هيات علمي:  خیر  بله | |
| تلفن ثابت: | | | تلفن همراه: | | | | | امضاء: | |
| شماره حساب بانكي: | | | | | | | |
| نشاني پست الكترونيك: | | | | | | | |
| **ترتیب**  **حضور** | **نام و**  **نام خانوادگی** | **رشته تخصصی**  **و مقطع تحصیلی** | | **تلفن همراه** | **کدملی** | | **سال**  **تولد** | | **پست الکترونیک** |
| مجری اول |  |  | |  |  | |  | |  |
| همکار اول |  |  | |  |  | |  | |  |
| همکار دوم |  |  | |  |  | |  | |  |

**2- معرفی طرح و ایده:**

**2-1- عنوان: (حداکثر 30 کلمه)**

|  |
| --- |
| **فارسی:** |
| **English:** |

**2-2- ضرورت اجرای ایده و سابقه ی آن (با تاکید بر ذکر مشکل فعلی کشور، صنعت و...): (حداکثر 500 کلمه)**

|  |
| --- |
|  |

**3-2- نوآوری ایده و نتایج آتی حاصل از اجرای آن: (حداکثر 500 کلمه)**

|  |
| --- |
|  |

**4-2- ویژگی های محصول یا خدمات نهایی: (حداکثر 300 کلمه)**

|  |
| --- |
|  |

**5-2- روش اجرایی طرح (حداکثر 500 کلمه):**

|  |
| --- |
|  |

**6-2- مشتریان اصلی محصول یا خدمات خود را مشخص نمایید؟ (حداکثر 250 کلمه)**

|  |
| --- |
|  |

**7-2- در صورت داشتن مشابه داخلی یا خارجی، تفاوت مزیت و قابلیت های ویژه ایده خود را بیان کنید. (حداکثر 250 کلمه)**

|  |
| --- |
|  |

**3- ارتباط با مرکز رشد:**

آدرس: اصفهان، کاشان، میدان شورا، مرکز رشد و نوآوری سلامت.

تلفن: 03155589382

ایمیل: roshd@kaums.ac.ir