بسمه تعالی

**** ****

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

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

**معاونت تحقیقات و فن آوری**

فرم 3) فرم داوری طرح های فناورانه

**عنوان طرح مورد داوری:**

|  |
| --- |
| **جدول اطلاعاتی داور محترم** |
| **نام و نام خانوادگی** |  |
| **مرتبه علمی** |  |
| **رشته تحصیلی** |  |
| **محل خدمت** |  |
| **پست الکترونیک** |  |
| **شماره حساب یا کارت بانک رفاه جهت پرداخت حق الزحمه** |  |
| **امضاء** |  |

**استاد محترم و داور گرامی؛ نظر به این که فرصت تعیین شده برای پاسخگویی به طرح های مرکز رشد یک هفته می باشد؛ خواهشمند است در ارزیابی و ارسال پاسخ تسریع فرمایید.**

**با تشکر**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** |
| 1 | تطابق عنوان های فارسی و انگیسی |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 2 | میزان نوآوری طرح و عدم وجود مورد مشابه در داخل و خارج |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 3 | مطالعه در خصوص موضوع مورد نظر، ضرورت انجام و سابقه ی آن |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 4 | میزان اثرگذاری محصول تولیدی در حل مشکلات فعلی کشور |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 5 | تناسب تخصص مجریان انتخاب شده با موضوع مورد نظر |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 6 | تشخیص درست مشتریان یا جامعه ی هدف مرتبط با طرح |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 7 | دارا بودن پتانسیل های لازم جهت رقابت با نمونه های مشابه |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 8 | قابلیت اجرائی شدن طرح در دانشگاه با توجه به زیر ساخت ها و تجهیزات موجود |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 9 | میزان صحیح بودن زمان در نظرگرفته شده جهت انجام پروژه |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |
| 10 | تناسب صحیح هزینه های در نظرگرفته شده جهت انجام پروژه |  |  |  |  |
| توضیحات لازم: |

* در صورت نیاز به ویرایش و بازبینی طرح، پیشنهادات و توضیحات خود را ارائه نمایید:
* نظر نهایی خود در رابطه با اجرای طرح را انتخاب نمایید:
1. قابل اجرا 🞎 2- قابل اجرا با بازبینی جزئی 🞎 3- قابل اجرا با بازبینی کامل 🞎 4- عدم قابلیت اجرا 🞎