



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

دفتر توسعه تحقیقات بالینی طرفه

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
معاونت پژوهشی
دفتر توسعه تحقیقات بالینی مرکز طرفه

پرسش نامه طرح تحقیقاتی

عنوان طرح:

فارسی :

انگلیسی :

شماره ثبت طرح:

نشانی: تهران، خیابان بهارستان رو به روی سازمان تبلیغات اسلامی

تلفن: 77626550

1- مشخصات ارایه دهنده طرح

1-1- نام و نام خانوادگی مجری (مجربان):

نشانی: محل کار:
تلفن:
منزل:
تلفن:
نمابر:
پست الکترونیک:

1-2- واحد اجراکننده:

مرکز تحقیقاتی: دانشکده: گروه:

محل اجرا:

مدت اجرا (ماه):

سایر سازمان‌های همکار:

1-3- مشخصات همکاران اصلی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	رتبه علمی	نوع همکاری در طرح	امضا
1					
2					

1-4- بودجه درخواستی برای کل طرح (ریال):

1-5- آیا طرح پایان نامه تخصصی یا فوق تخصصی می باشد؟ خیر

2- خلاصه مشخصات طرح

2-1- عنوان طرح:

فارسی :

انگلیسی :

بنیادی - کاربردی

بنیادی

2-2- نوع طرح: کاربردی

2-3- خلاصه طرح :

2-3-1- هدف اصلی مطالعه:

2-3-2- خلاصه روش اجرا:

2-3-3- مصرف کنندگان این طرح چه افراد یا سازمانهایی هستند؟

2- 4- بیان مسئله (Problem statement):

2- 5- بررسی متون (Literature review):

2-6- تعاریف علمی / عملی:

2-6- اهداف و فرضیات پژوهش (Objectives & Hypotheses):

2-6-1- اهداف اصلی (General objectives):

2-6-2- اهداف ویژه (Specific objectives):

2-6-3- اهداف کاربردی (Applied objectives):

2-6-4- فرضیات / سوالات (Hypotheses / Questions):

2-7- روش ، تکنیک و نحوه اجرای مطالعه (Method of Research):

2-7-1- طراحی و روش اجرای طرح (Study design & Method):

هزینه آزمایش با خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع کل				

3-10-2- فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار طرح، داخل یا خارج کشور خریداری شود:

الف- مواد غیرمصرفی (سرمایه‌ای):

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	آیا در ایران موجود است؟	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع کل							

ب- مواد مصرفی:

نام ماده	کشور سازنده	شرکت سازنده	آیا در ایران موجود است؟	شرکت فروشنده ایرانی	مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع کل							

4-10-2- هزینه مسافرت (در صورت لزوم):

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
جمع کل				

5-10-2- هزینه‌های متفرقه:

قیمت کل	
	هزینه تکثیر فرمها و پرسش نامه های مورد نیاز طرح
	هزینه تکثیر نشریات و کتب مورد نیاز طرح
	سایر هزینه ها (ذکر شود) ...
جمع کل	

6-10-2- جمع هزینه‌های طرح (ریال):

	جمع هزینه‌های پرسنلی (1-10-2)
	جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی (2-10-2)
	جمع هزینه‌های وسایل غیرمصرفی (3-10-2) الف
	جمع هزینه‌های مواد مصرفی (3-10-4) ب
	جمع هزینه‌های مسافرت (4-10-2)
	جمع هزینه‌های متفرقه (5-10-2)
	جمع کل

7-10-2- مبلغ یا مبالغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن:

بدین وسیله صحت مطالب مندرج فوق را که در 14 صفحه و 10 بند تنظیم و تکمیل شده است تأیید می‌نمایم.

تاریخ و امضا:

نام و نام خانوادگی مجری (مجریان):

خواهشمند است این فرم پس از تکمیل، به صورت فایل Word (به روز) به نشانی اینترنتی contact@nrcms.ir و یا به صورت چاپ شده به همراه یک کپی روی فلاپی به دبیرخانه مرکز تحویل گردد.