



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان  
معاونت تحقیقات و فن آوری

## فرم 1) پروپوزال طرح های فناورانه

- نام و نام خانوادگی طرف قرارداد (الزاما هیات علمی):
- نام و نام خانوادگی مجری اول:
- نام شرکت/ هسته/ گروه فناور:
- عنوان طرح:
- محل اجرای طرح:
- مدت اجرای طرح:
- جمع کل هزینه های طرح:
- تاریخ پیشنهاد:
- تاریخ تصویب در شورای فناوری دانشگاه:
- شماره طرح:
- آیا این طرح یک فاز از یک طرح کلی می باشد؟  خیر  بله

کدام طرح؟ (دو سطر!)

- آیا فرم پروپوزال، پایان نامه دانشجویی خواهد شد؟  خیر  بله
- آیا از سایر منابع جذب اعتبار می شود؟  خیر  بله
- حوزه ی تخصصی و نوع طرح:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> بیوتکنولوژی                        | <input type="checkbox"/> تجهیزات پزشکی و طراحی صنعتی                |
| <input type="checkbox"/> خدمات پزشکی                        | <input type="checkbox"/> مهندسی پزشکی، کیت و دارو                   |
| <input type="checkbox"/> طب سنتی، ایرانی و اسلامی           | <input type="checkbox"/> فناوری اطلاعات، انفورماتیک و سلامت دیجیتال |
| <input type="checkbox"/> کشاورزی، صنایع غذایی و زیست فناوری | <input type="checkbox"/> آموزش پزشکی و آموزش بیمار                  |

وضعیت فعلی:

- ایده  آماده جهت نمونه سازی  نمونه آزمایشگاهی و عدم فروش محصول
- نمونه کارگاهی و فروش محدود  نمونه صنعتی و فروش انبوه
- سحت مطالب این پروپوزال مورد تأیید است:  خیر  بله
- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:
- تاریخ تکمیل و امضاء:

1- اطلاعات مجریان:

مشخصات مجری طرف قرارداد

نام:		نام خانوادگی:		کد ملی:		
رشته تخصصی و مقطع تحصیلی:				سال تولد:		
مرتبه علمی: مربی <input type="checkbox"/> استادیار <input type="checkbox"/> دانشیار <input type="checkbox"/> استاد <input type="checkbox"/>		پژوهشگر غیر هیات علمی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				
تلفن ثابت:		تلفن همراه:		امضاء:		
شماره حساب بانکی:						
نشانی پست الکترونیک:						
ترتیب حضور	نام و نام خانوادگی	رشته تخصصی و مقطع تحصیلی	تلفن همراه	کد ملی	سال تولد	پست الکترونیک
مجری اول						
مجری دوم						
مجری سوم						
مجری چهارم						
مجری پنجم						
همکار اول						
همکار دوم						
همکار سوم						
همکار چهارم						

2- معرفی طرح و ایده:

1-2- عنوان: (حداکثر 20 کلمه)

فارسی:

English:

2-2- ضرورت اجرای طرح و سابقه ی آن: (حداکثر 750 کلمه)

2-3- نوآوری طرح و نتایج حاصل از آن: (حداکثر 500 کلمه)

2-4- ویژگی های محصول یا خدمات نهایی: (حداکثر 500 کلمه)

3-4- مجوزهای مورد نیاز برای فروش محصول یا ارائه خدمت به جامعه: (حداکثر 250 کلمه)

3- بوم کسب و کار (فقط همین صفحه با فونت 12!):

توجیه فنی و امکان پذیری:	تحلیل نمونه های مشابه و رقبا:	کانال اطلاع رسانی و توزیع:	مشتریان و بازار هدف:
حمایت ها و خدمات مورد نیاز:	پیش بینی جریان درآمدی و حاشیه سود:		

4- جدول زمانی:

زمان اجرا به ماه											فعالیت های اجرایی	
12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2		1

5- مشارکت برون دانشگاهی:

5-1- مشارکت علمی: در صورتی که طرح با مشارکت علمی سایر مراکز یا دانشگاه های داخل و خارج کشور انجام می گیرد نام (یا نام های) مرکز یا دانشگاه عنوان گردد:

ردیف	نام فرد، شرکت، سازمان یا دانشگاه	نام و نام خانوادگی رابط	تلفن همراه رابط
1			
2			

5-2- مشارکت در هزینه: در صورتی که مراکز، سازمان ها یا مؤسسات در تامین هزینه های طرح مشارکت می نمایند، مشارکت کننده و رقم مشارکت ذکر گردد:

ردیف	نام فرد، شرکت، سازمان یا دانشگاه	نام و نام خانوادگی رابط	تلفن همراه رابط
1			
2			

6- اطلاعات مربوط به هزینه ها:

6-1- هزینه ی آزمایشات و خدمات تخصصی:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه ی تمامی دفعات
مجموع کل هزینه های آزمایشات و خدمات تخصصی			

6-2- فهرست دستگاه ها و وسایل غیرمصرفی لازم:

نام دستگاه	شرکت سازنده	تعداد لازم	هزینه ی کل
مجموع کل هزینه های دستگاه ها و وسایل غیرمصرفی لازم			

**3-6- فهرست وسایل و مواد مصرفی لازم:**

نام وسیله یا ماده	شرکت سازنده	قیمت واحد	هزینه ی کل
مجموع کل هزینه های وسایل و مواد مصرفی لازم			

**4-6- هزینه های دیگر: (با ذکر موارد)**

هزینه ی موردی	دلیل ایجاد شدن این هزینه	هزینه ی کل
مجموع کل هزینه های دیگر		

**5-6- تقسیم هزینه:**

مجموع کل هزینه های طرح
سهام مرکز رشد و دانشگاه
سهام فرد، شرکت، سازمان یا دانشگاه دیگر

**امضای مجریان طرح:**

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضاء

**7- منابع:**

[1]

**8- ارتباط با مرکز رشد:**

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

تلفن: 03155542999

فکس: 03155542999

ایمیل: roshd@kaums.ac.ir

وبسایت: <http://roshd.kaums.ac.ir>