

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان چهارمحال و بختیاری

معاونت پژوهشی

پرسشنامه طرح تحقیقاتی

عنوان طرح :

نام و نام خانوادگی :

تاریخ پیشنهاد :

نشانی :

شهرکرد - خیابان پرستار جنب بیمارستان هاجر - معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

تلفن : ۲۲۲۲۶۶۴ - ۲۲۲۱۸۳۴ - ۲۲۲۱۸۰۳

فاکس : ۲۲۲۱۶۶۹

وب سایت : www.skums.ac.ir



پرسشنامه طرح تحقیقاتی

قسمت اول - اطلاعات مربوط به مجری طرح و همکاران

- رتبه: ۱-۱ نام و نام خانوادگی مجری طرح :
تلفن : ۱-۲ نشانی :
E-mail: ۱-۳ شغل و سمت فعلی مجری طرح :
۱-۴ سازمان متبوع :
۱-۵ محل اجرای طرح :
۱-۶ درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده (به ترتیب از لیسانس به بالا)

سال دریافت	کشور	دانشگاه	رشته تحصیلی و تخصصی	درجه تحصیلی

- ۱-۷ فهرست پژوهشهای قبلی و مقالات منتشر شده مجری طرح :



۸-۱ مشخصات همکاران اصلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضاء همکار
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۹-۱ تعریف واژه ها :



قسمت دوم – اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

۲-۱ عنوان طرح پژوهشی

الف – عنوان به فارسی :

ب – عنوان به زبان انگلیسی :

۲-۲ نوع طرح :

بنیادی کاربردی بنیادی – کاربردی

۲-۳ مقدمه و معرفی و ضرورت اجرای طرح : (در صورت نیاز از صفحات اضافی استفاده شود)



۲-۴ بررسی متون (در صورت نیاز از صفحات اضافی استفاده شود)



٥-٢ اهداف و فرضيات

الف . اهداف اصلى طرح *General objectives*

ب - اهداف فرعى طرح *Specific objectives*

ج - هدف كاربرى :

د - فرضيات :



قسمت سوم - اطلاعات مربوط به روش اجرای طرح و انتخاب نمونه

۳-۱ روش اجرای طرح (با تاکید بر نوع مطالعه، آزمودنیها، روش نمونه گیری، حجم نمونه، روش جمع آوری

اطلاعات، روش تجزیه و تحلیل داده ها، معیار ورود و خروج)

توجه:

* پرسشنامه یا چک لیست ضمیمه پرسشنامه طرح تحقیقاتی گردد.

* نحوه تعیین روایی و پایایی پرسشنامه قید گردد.

۳-۱-۱ نوع مطالعه:

۳-۱-۲ حجم نمونه:



۳-۴ پیش بینی زمان لازم برای اجرای کامل طرح :

زمان خاتمه :

زمان شروع :

در صورت تصویب طرح و تامین اعتبارات مورد نیاز اقدامات ذیل در چارچوب جدول زمانی صورت خواهد پذیرفت .

جدول زمانی مراحل اجراء طرح (Gant) :

زمان اجرا													طول مدت	شرح هر یک از فعالیتهای اجرایی	ردیف
بیش از ۱۲ ماه	۱۲ ماه	۱۱ ماه	۱۰ ماه	۹ ماه	۸ ماه	۷ ماه	۶ ماه	۵ ماه	۴ ماه	۳ ماه	۲ ماه	۱ ماه			

۳-۵ منابع : (در صورت نیاز از صفحات اضافی استفاده کنید)



قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به هزینه ها

۱- آیا از سازمانهای دیگر نیز درخواست اعتبار شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن جواب لطفا نام سازمان و نتیجه حاصل را ذکر فرمائید .

۲- هزینه پرسنلی با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر یک و حق الزحمه آنها:

ردیف	نوع فعالیت	تعداد افراد	ساعات کار برای طرح	حق الزحمه در ساعت	جمع
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
جمع کل					

حق الزحمه ساعتی مجری و همکاران غیر هیئت علمی

پزشک متخصص	۸۰۰۰ ریال
پزشک عمومی	۷۰۰۰ ریال
کارشناس ارشد	۷۰۰۰ ریال
کارشناس	۵۰۰۰ ریال
کاردان	۳۲۰۰ ریال
دانشجوی پزشکی	۵۰۰۰ ریال
دانشجوی کارشناسی	۳۲/۰۰ ریال

حق الزحمه ساعتی مجری و همکاران هیئت علمی:

استاد	۲۰/۰۰۰ ریال
دانشیار	۱۸/۰۰۰ ریال
استادیار	۱۶/۰۰۰ ریال
مریی	۱۴/۰۰۰ ریال



۳-۴ هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی که توسط دیگر موسسات صورت می گیرد .

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع هزینه های آزمایشات و خدمات تخصصی				

۴-۴ فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود.

ردیف	نام دستگاه یا مواد	شرکت سازنده	کشور	مصرفی/غیر مصرفی	آیادرایران موجود است	تعداد	قیمت واحد	قیمت کل
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
جمع کل								

۴-۵ 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 به ریال				

۴-۶ هزینه های دیگر :

هزینه های تکثیر اوراق پرسشنامه ها :
 هزینه تکثیر نشریات و کتب مورد لزوم و خرید منابع الکترونیک :
 سایر هزینه ها :

۴-۷ جمع هزینه های طرح :

جمع هزینه های پرسنلی	
جمع هزینه های مسافرت	
جمع هزینه های مربوط به وسایل و مواد	
جمع هزینه های متفرقه	
جمع کل	

۴-۸ مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن :

۴-۹ باقیمانده هزینه های طرح که تامین آن درخواست میشود .

صحت مطالب مندرج در پرسشنامه را تأیید می نمایم .

محل امضای معاون پژوهشی

محل امضای مجری طرح :