**بسمه تعالی**

**جمهوری اسلامی ایران**

**وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه**

**معاونت پژوهشی**

**طرح پیشنهادی تحقیق**

**عنوان طرح:**

**منتور:**

**منتی:**

**محل ارائه طرح اولیه:**

**تاریخ پیشنهاد:**

**1)خلاصه طرح پیشنهادی ((Summary of Proposal** **:**

**1-1)عنوان طرح** :

**1-2) عنوان انگلیسی:**

**1-3)** **منتور:**

**1-4) منتی:**

**1-5) سازمان مجری طرح:**

**1-6) محل اجرای طرح:**

**1-**7) **بودجه کل طرح:**

**1-8)مساله تحقیق (**اهمیت موضوع وضرورت انجام تحقیق**) :**

**1-9)هدف اصلی:**

**1-10)خلاصه روش اجرا:**

1-11)**مهمترین کاربرد نتایج طرح**

**2)اطلاعات مربوط به پژوهشگران:**

**-1( اطلاعات مربوط به مجری طرح :**

* **نام ونام خانوادگی منتور:**
* **آدرس، همراه و تلفن محل كار:**

**پست الكترونیكی:**

* **شغل فعلی مجری:**
* **سازمان متبوع:**

* **درجات علمی و تحصیلی مجری:** (به ترتیب از لیسانس به بالا در جدول زیر قید شود.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| درجه تحصیلی | رشته تحصیلی | دانشگاه | کشور | سال دریافت |
|  |  |  |  |  |

* **منتی:**
* **آدرس، همراه و تلفن محل كار:**
* **پست الكترونیكی:**
* **شغل فعلی مجری:**
* **سازمان متبوع:**
* **درجات علمی و تحصیلی مجری:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **درجه تحصیلی** | **رشته و تخصص** | **دانشگاه** | **كشور** | **سال دریافت** |
|  |  |  |  |  |

2-2) آیا برای طرح از سازمان های دیگر درخواست اعتبار شده است؟ بلی□ خیر□

(در صورت مثبت بودن، نام سازمان و نتیجه حاصل را ذکر نمایید.)

امضای مجریان طرح: امضای معاون پژوهشی:

**منابع و مآخذ:**