



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی گناباد
دبیرخانه مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

فرم پیشنهاد طرح پژوهشی کیفی

عنوان طرح پژوهشی:

عنوان کارگروه مربوطه:

این قسمت توسط دبیرخانه مرکز تکمیل می شود:

کد پروپوزال: / / تاریخ تصویب در کارگروه:
ناظر طرح:

نشانی: خراسان رضوی - گناباد - حاشیه جاده آسیایی - دانشگاه علوم پزشکی - مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

تلفکس: 051-57220115

Email: jrj@sdhprc.ir

1 - اطلاعات مربوط به مجری طرح و همکاران

1-1) درجات علمی و سوابق تحصیلی مجری طرح (از لیسانس به بالا) :

ردیف	مدرک تحصیلی	رشته و گرایش تحصیلی	درجه علمی	نام موسسه / دانشگاه	نوع همکاری

1-2) مشخصات همکاران اصلی (بدون ذکر اسامی) :

ردیف	مدرک تحصیلی	رشته و گرایش تحصیلی	درجه علمی	نام موسسه / دانشگاه	نوع همکاری

1-3) فهرست پژوهش های قبلی و مقالات یا کتب منتشر شده مجری طرح (در صورت نیاز سایر موارد پیوست شود) :

ردیف	عنوان پژوهش، کتاب، مقاله یا پروژه	محل انتشار یا اجراء	تاریخ انتشار یا اجراء
1	در CV مجریان، موجود در دبیرخانه مرکز تحقیقات ارایه شده است.		
2			
3			
4			
5			

2 - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

2-1) عنوان طرح :
الف - عنوان به فارسی:

ب - عنوان به انگلیسی :

2-2) بیان مسئله و ضرورت انجام پژوهش کیفی:

2-3) تعریف واژه های کلیدی:

2-4) مروری بر تحقیقات پیشین

2-5) اهداف کلی:

2-6) اهداف اختصاصی:

2-7) اهداف کاربردی:

2-8) سوالات پژوهش :

3- اطلاعات مربوط به روش اجرای طرح:

3-1) نوع مطالعه:

3-2) محیط مطالعه:

3-3) جامعه مورد مطالعه:

3-4) تعداد مشارکت کنندگان و روش محاسبه آن:

3-5 معیار انتخاب مشارکت کنندگان:

3-6 روش انتخاب مشارکت کنندگان (روش نمونه گیری):

3-7 روش جمع آوری داده ها:

3-8 نحوه تامین صحت و استحکام داده ها:

3-9 نحوه تجزیه و تحلیل داده ها:

3-10 محدودیت های مطالعه:

3-11 ملاحظات اخلاقی:

3-12 جدول زمانی مراحل اجرای طرح:

ردیف	مراحل انجام پژوهش	طول مدت اجراء	زمان بر حسب اجراء															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				

3-13 اطلاعات برون دانشگاهی طرح تحقیقاتی:

الف: در صورتیکه طرح با مشارکت علمی سایر مراکز تحقیقاتی یا دانشگاه های داخل و خارج کشور انجام میگیرد (طرح چند مرکزی) نام مرکز یا دانشگاه عنوان گردد:

ب: در صورتی که در تامین هزینه های طرح سایر مراکز، سازمان ها و مؤسسات مشارکت می نمایند نام مشارکت کننده و رقم مشارکت ذکر گردد:-

(یاد)

3-14) اطلاعات مربوط به هزینه ها

الف) هزینه های پرسنلی:

ردیف	عنوان مرحله یا شرح فعالیت	عنوان پایه دانشگاهی (برای افراد هیات علمی) / آخرین مدرک تحصیلی (برای غیر هیات علمی)	تعداد نفر نیرو	کار مورد نیاز (نفر ساعت)	میزان پژوهانه (ریال)
1	تدوین پروپوزال				
2	گردآوری داده ها				
3	تبدیل فایل صوتی به متن				
4	کدگذاری داده ها				
5	ورود داده ها به کامپیوتر				
6	تحلیل داده ها				
7	تهیه و تدوین گزارش نهایی				
				جمع کل	

ب) هزینه مواد و وسایل مصرفی :

ردیف	نام ماده یا کالا	مقدار	قیمت واحد	جمع (ریال)
1				
2				
				جمع کل هزینه های مصرفی :

ج) هزینه‌های خدمات :

عنوان	نوع سرویس یا خدمات	هزینه (ریال)
خدمات عمومی (شامل خدمات کامپیوتری ، چاپ و تکثیر ، خدمات کارگری ، کرایه زمین، کرایه اتومبیل و ...)		
خدمات تخصصی (شامل سرویس‌های آزمایشگاهی، ترجمه و ...)		
جمع هزینه‌های متفرقه :		

د) هزینه مسافرت‌ها :

ردیف	هدف از سفر	مبدا و مقصد	وسیله نقلیه	هزینه سفر	دفعات سفر	تعداد نفرات	جمع هزینه (ریال)
1							
2							
3							
جمع کل هزینه‌های مصرفی :							

ه) سایر هزینه‌ها :

ردیف	عنوان	میزان هزینه (ریال)
1		
2		
جمع کل هزینه‌ها :		

(ریال)

جمع کل بودجه طرح (به حروف):

3-15) منابع (به روش ونکوور نوشته شود):

3-16) تعهدات مجری (مجریان) :

الف- مجری (مجریان) متعهد می شوند که 25 درصد مبلغ قرارداد را در پایان اجرای طرح و در صورتی دریافت نمایند که نتایج حاصل از اجرای پروژه در قالب حداقل یک مقاله در مجله معتبر علمی پژوهشی داخلی یا خارجی ترجیحاً با نمایه ISI و یا Pub Med با آدرس مرکز تحقیقات چاپ نمایند.

ب- مجری (مجریان) متعهد می شوند که در قسمت تقدیر و قدردانی هر مقاله مستخرج هر گونه حمایت مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت را قید نمایند.

ج- برای تسویه حساب نهائی طرح، مجری لازم است سه نسخه از گزارش چاپی طرح پژوهشی مصوب را با ذکر نام مجریان طرح، و با آدرس مرکز تحقیقات و سایر مراکز همکار تحویل نماید.

❖ آدرس مرکز تحقیقات جهت درج در مقالات به صورت ذیل می باشد:

فارسی:

خراسان رضوی- گناباد- حاشیه جاده آسیایی - دانشگاه علوم پزشکی- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی
و ارتقاء سلامت- صندوق پستی 397.

انگلیسی:

Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of

Medical Sciences, Gonabad, Iran, P.O. Box: 397

اطلاعات این بخش محرمانه می باشد و در اختیار بررسی کننده پروپوزال قرار نمی گیرد.

4- اطلاعات مربوط به مجری طرح و همکاران

4-1) نام و نام خانوادگی مجری اول طرح:

.....
.....

4-2) سازمان

متبوع:.....
.....

4-3) شغل و سمت فعلی مجری طرح :

.....
.....

4-4) نشانی و تلفن

منزل.....
.....

4-5) نشانی محل کار :

.....
.....

تلفن محل کار :
شماره نمابر :

.....
.....
(4-6) محل اجرای طرح :
.....
.....

.....
(4-7) آدرس پست الکترونیکی :
.....
.....

.....
(4-8) مشخصات سایر مجریان طرح :
.....

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	شغل	نام موسسه	شهر و کشور

(4-9) مشخصات کامل همکاران اصلی طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدرک و گرایش تحصیلی	درجه علمی	نوع همکاری	امضاء همکار
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

اینجانب صحت کلیه مطالب مندرج در این پروپوزال را تایید می نمایم.

نام و نام خانوادگی و امضاء :

تاریخ تکمیل:

