



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی گناباد
دبیرخانه مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

فرم پیشنهاد طرح پژوهشی مطالعات مرور نظام مند و فراتحلیل

عنوان طرح پژوهشی:

عنوان کارگروه مربوطه:

این قسمت توسط دبیرخانه مرکز تکمیل می شود:

کد پروپوزال: / / تاریخ تصویب در کارگروه:
مشاور/ ناظر طرح (در صورت ضرورت):

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

تلفکس: 051-57220115

Email: jrh@sdhprc.ir

1 - اطلاعات مربوط به مجریان و همکاران طرح:

1-1) مشخصات مجریان طرح (از لیسانس به بالا) :

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

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

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

1-4) فهرست پژوهش های قبلی و مقالات یا کتب منتشر شده مجریان 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			

2 - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

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

ب - عنوان به زبان انگليسي:

2-2) بيان مسئله يا مشكل : (شامل : تعريف مشكل، اهميت مشكل با ارائه آمار، وضعيت فعلي، عوارض ناشي از تداوم مشكل، عوامل موثر بر ايجاد و تداوم مشكل، تناقضات موجود (در صورت وجود)، اهداف کاربردي، وضعيت مطلوب و فوايد ناشي از اجراي طرح)

2-3) تعريف نظري و عملي واژه هاي كليدي (بويژه اصطلاحات بكار رفته در عنوان و بيان مسئله) :
- تعريف نظري:

- تعريف عملي:

2-4) مروري بر تحقيقات پيشين :

2-5) هدف يا اهداف كلي:

2-6) اهداف اختصاصي:

2-7) اهداف کاربردي (در صورت لزوم):

2-8) فرضيات يا سوالات پژوهش :

3) اطلاعات مربوط به روش اجراي طرح :

3-1) نوع مطالعه:

3-2) جامعه مورد مطالعه: .

3-3) نمونه پژوهش

-معيار هاي ورود:

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:

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

انگلیسی:

Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad
University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

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:
کد ملی:

4-2) سازمان

متبوع:
.....

4-3) شغل و سمت فعلی مجری طرح :

4-4) نشانی و تلفن

منزل
تلفن

همراه:
4-5) نشانی محل کار :

تلفن محل کار : شماره نمابر
.....

4-6) محل اجرای طرح :

گناباد
.....

4-7) آدرس پست الکترونیکی :

.....
.....

4-8) مشخصات سایر مجریان طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	مدرک و رشته تحصیلی	شغل (درجه علمی)	نام موسسه	نوع همکاری	شماره همراه	امضاء مجری

4-9) مشخصات کامل همکاران اصلی طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	مدرک و رشته تحصیلی	شغل (درجه علمی)	نام موسسه	نوع همکاری	شماره همراه	امضاء همکار

اینجانب صحت کلیه مطالب مندرج در این پروپوزال را تایید می نمایم.
 تاریخ تکمیل: نام و نام خانوادگی و امضاء: