بسمه تعالی

**** ****

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان**

**معاونت تحقیقات و فن آوری**

فرم 6) گزارش پایانی طرح های فناورانه

|  |  |
| --- | --- |
| **تاریخ تصویب: ..../..../1400** | **تاریخ ارایه گزارش پایانی: ..../..../1400** |
| **عنوان طرح** |
| **فارسی:** |
| **English:** |

* حوزه ی تخصصی و نوع طرح:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  بیوتکنولوژی  | [ ]  تجهیزات پزشکی و طراحی صنعتی  |
| [ ]  خدمات پزشکی  | [ ]  مهندسی پزشکی، کیت و دارو  |
| [ ]  طب سنتی، ایرانی و اسلامی  | [ ]  فناوری اطلاعات، انفورماتیک و سلامت دیجیتال  |
| [ ]  کشاورزی، صنایع غذایی و زیست فناوری | [ ]  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 |

|  |
| --- |
| **هزینه های طرح** |
|  | **هزینه های صرف شده در بازه زمانی مربوط به این گزارش** | **کل هزینه های صرف شده برای این پروپوزال از تصویب تا کنون** |
| **کل هزینه**  |  |  |
| **سهم مرکز رشد و دانشگاه** |  |  |
| **سهم فرد، شرکت، سازمان یا دانشگاه دیگر** |  |  |

**مشخصات مجري طرف قرارداد**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام:  | نام خانوادگي:  | کد ملی: |
| رشته تخصصي و مقطع تحصیلی:  | سال تولد: |
| مرتبه علمی: مربی[ ]  استادیار[ ]  دانشیار [ ]  استاد[ ]   | پژوهشگر غير هيات علمي: [ ]  خیر [ ]  بله  |
| تلفن ثابت:  | تلفن همراه:  | امضاء: |
| درصد مشارکت در نتایج این گزارش: (توسط مجری اول مشخص می گردد.)  |
| **ترتیب****حضور** | **نام و****نام خانوادگی** | **درصد مشارکت در نتایج این گزارش** | **تلفن همراه** | **کلیت وظایف** |
| مجری اول |  |  |  |  |
| مجری دوم |  |  |  |  |
| مجری سوم |  |  |  |  |
| مجری چهارم |  |  |  |  |
| مجری پنجم |  |  |  |  |
| همکار اول |  |  |  |  |
| همکار دوم |  |  |  |  |
| همکار سوم |  |  |  |  |
| همکار چهارم |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **مراحل طی شده و نتایج به دست آمده:** |
|  |
| **ویژگی های محصول یا خدمت نهایی به همراه مجوزهای کسب شده:** |
|  |
| **جمع بندی برنامه های آتی:** |
|  |
| **انتقادات، نظرات و پیشنهادات:** |
|  |

|  |
| --- |
| **ناظر طرح** |
| آیا گزارش نهایی طرح فوق الذکر مورد تائید است؟ بله [ ]  خیر [ ]   |
| در صورت نیاز، پیشنهادات لازم را ارائه فرمایید. |
| نام و نام خانوادگی: | تاریخ و امضاء: |