

به نام خدا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جیرفت
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی (EDC)
پروپوزال دانش پژوهی

اطلاعات شخصی مجری:

نام نام خانوادگی :

کد ملی:

تلفن همراه:

نشانی پست الکترونیکی:

تلفن ثابت :

آدرس محل کار:

دانشگاه محل تحصیل: دانشکده:

گروه آموزشی:

رشته تحصیلی: مقطع:

مرتبۀ علمی:

اطلاعات مربوط به نوآوری آموزشی

عنوان طرح:

فارسی:

انگلیسی:

کلمه کلیدی:

سطح نوآوری را مشخص کنید :

- در سطح گروه آموزشی برای اولین بار صورت می گیرد.
- در سطح دانشکده برای اولین بار صورت می گیرد.
- در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت می گیرد.
- در سطح کشور برای اولین بار صورت می گیرد.
- در دنیا برای اولین بار صورت می گیرد.

حیطه نوآوری را مشخص کنید:

- تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی
- ارزشیابی آموزشی (دانشجو و برنامه هیات علمی)
- یادگیری الکترونیک
- مدیریت و رهبری آموزشی
- یاددهی و یادگیری
- مشارکت در طراحی و تولید محصولات آموزشی

خلاصه ضرورت اجرای طرح را بنویسید.

خلاصه روش اجرا را بنویسید.

بیان مسئله و ضرورت (توصیف کامل مداخله ، ضرورت انجام آن و نتایج مطالعات قبلی در خصوص این مداخله با ذکر رفرنس)

اهداف:

هدف اصلی

اهداف اختصاصی

اهداف کاربردی

توصیف مداخله:

روش اجرا:

محدودیت‌های اجرائی و شیوه‌های کنترل آنها

توصیف شیوه ارزشیابی

ملاحظات اخلاقی

جدول زمان بندی مراحل اجرای نوآوری (برحسب تاریخ شروع طرح تنظیم شود - ردیف قابل افزایش باشد)

ردیف	فعالیت‌های اجرائی	زمان کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	تاریخ ارائه گزارش
۱					

توجه:

۱- زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمیشود.

۲- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و مرکز مطالعات و توسعه دانشگاه و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته میشود.

تاریخ شروع: تاریخ پایان:

هزینه‌ها

۱- در صورتی که گرانت تعلق بگیرد طرح را اجرا می‌کنیم.

۲- در صورتی که گرانت هم تعلق نگیرد طرح را اجرا خواهیم کرد.

۳- گرانت نمی‌خواهیم.

در صورتی که گزینه ۱ را انتخاب کرده اید موارد زیر را تکمیل کنید

هزینه های پرسنلی:

هزینه های مسافرت:

هزینه های وسایل مصرفی:

هزینه های مواد غیر مصرفی:

همکاران پروپوزال

نام خانوادگی :

کد ملی:

شغل:

مرتبۀ علمی:

محل خدمت:

تلفن ثابت :

پست الکترونیک:

تلفن همراه:

آدرس محل کار:

هدایت و مشاوره

لطفا علامت بزنید

- نیازه کمک ندارم و خودم / با همکارانم این طرح را اجرا می کنیم نیاز به مشاوره آموزشی داریم که در زمان دلخواه از مشاوره ایشان استفاده خواهیم کرد.
- نیاز به منتور آموزشی برای اجرای این برنامه داریم که بطور مداوم ما را راهنمایی کند. در صورت نیاز به مشاور ، نام سه نفر از میان نامهای مشاورین را انتخاب نموده علامت بزنید. لطفا در هنگام انتخاب افراد به نوع مشاوره ایی که افراد می دهند (ایمیلی ، حضوری و ...) و زمانهای آزاد ایشان دقت نمائید و افرادی را انتخاب کنید که از هر نظر برای شما مناسب هستند.