

فرم متقاضیان فعالیت اولین بار

لطفا اطلاعات زیر را در مورد فعالیت برای اولین بار ارائه فرمایید. (بند ۸ ماده ۳)

نام و نام خانوادگی متقاضی:

عنوان فعالیت:

گروه آموزشی: دانشکده:

توضیحات	سوالات	
	آیا موضوع مورد درخواست، خدمت (سرویس) جدید است یا راه اندازی یک سیستم یا روش است؟	۱
	به نظر شما به چه دلیل این فعالیت نو آورانه است؟ دلایل نوآوری (برای اولین بار) و در صورت امکان ارائه مستندات.	۲
	سطح نوآوری فعالیت شامل کدام موارد زیر است: گروه، بیمارستان، دانشکده، دانشگاه، منطقه آمایشی، کشور (منطقه آمایشی شامل دانشگاههای یزد، کاشان، شهرکرد و اصفهان می باشد)	۳
	تعداد افراد درگیر در فعالیت چه کسانی بوده اند (اسامی با درصد مشارکت)؟	۴
	زمان شروع فعالیت را ذکر کنید؟	۵
	در پاسخ به چه نیازی این فعالیت انجام شده است (مشکلی که وجود داشته است)؟	۶
	آیا فعالیت ارائه شده استمرار داشته است؟	۷
	چه تأثیری در بهبود سیستم یا خدمت داشته است (در ارتقاء سلامت)؟	۸
	در صورتی که دارای مسئولیت اجرایی می باشید، آیا فعالیت انجام شده جزو شرح وظایف شما بوده است یاخیر (با توضیحات)؟	۹

شواهد و منابع علمی (رفرنس) این فعالیت را ذکر کنید.

در صورتیکه فعالیت انجام شده مربوط به تاریخ بعد از مهر ۷۹ است، شماره طرح مصوب مرتبط با فعالیت را ذکر کنید (الزامی).

چه افرادی را برای کارشناسی این فعالیت پیشنهاد می کنید؟

امضای متقاضی: