سمه تعالی

فرم ثبت نام ایده شو

دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی و درمانی خمین

لطفا ساختار فرم را به هیچ وجه تغییر ندهید.

نام و نام خانوادگی ایده پرداز: نام پدر: کد ملی:

تلفن همراه: آدرس:

رشته تحصیلی: میزان تحصیلات:

دانشگاه محل تحصیل: پست الکترونیک:

**اگر دارای تیم فن آور هستید لطفا جدول زیر را کامل کنید.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **دانشگاه/ شهر** | **مقطع تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **شماره تلفن همراه** | **ایمیل** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ایده شما مربوط به کدام یک از محورهای زیر است؟**

1-آموزش سلامت 4-هوش مصنوعی و سلامت همراه

2-پیشگیری، تشخیص و درمان 5- توانبخشی

3-دارو و تجهیزات پزشکی 6-بهداشت و محیط زیست

|  |
| --- |
| **عنوان ایده:** |
| **ضرورت ایده(حداکثر 150 کلمه):** |
| **شرح ایده(حداکثر 250 کلمه):** |
| **در صورتی که ایده ای مشابه شما وجود دارد، وجه تمایز طرح پیشنهادی شما چیست؟(حداکثر200 کلمه)** |
| **امکانات و بسترهای لازم برای پیاده سازی ایده شما چیست؟(حداکثر100کلمه)** |
| **بازار فروش و مصرف کنندگان(حداکثر150 کلمه):** |