



دبیرخانه شورای راهبری برنامه پزشک پژوهشگر

کاربرگ

اعتباربخشی به مراکز تحقیقاتی متقاضی برگزاری برنامه پزشک پژوهشگر (Clinician Scientist Program)

لطفاً اصل کاربرگ پس از تکمیل و تأیید به همراه مستندات موردنیاز، صرفاً از طریق دبیرخانه معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه به آدرس زیر ارسال شود:

تهران، میدان صنعت، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۱۵، معاونت تحقیقات و فناوری، دبیرخانه شورای راهبری برنامه پزشک پژوهشگر

تلفن تماس: ۸۱۴۵۵۱۹۴

بسمه تعالی

مراکز تحقیقاتی که دارای مجوز فعالیت از شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی می باشند و براساس مواد ۴ و ۸ آئین نامه برنامه پزشکی پژوهشگر (که در شصتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۱۷ به تصویب رسیده و توسط مقام محترم وزارت طی شماره ۱۰۰/۲۶۰ مورخ ۱۳۹۴/۰۴/۰۲ ابلاغ شده است)، واجد شرایط و متقاضی برگزاری دوره پزشکی پژوهشگر می باشند، کاربرگ را به دقت تکمیل نموده و همراه با مستندات مورد نیاز به دبیرخانه شورای راهبری برنامه پزشکی پژوهشگر، ارسال نمایند. کاربرگ و مستندات واصل شده پس از تشکیل پرونده، مطابق ضوابط و آئین نامه مورد بررسی و ارزیابی کارشناسی قرار خواهد گرفت و در صورت احراز شرایط در شورای راهبری برنامه پزشکی پژوهشگر بررسی و تصویب خواهند شد.

*تذکرات مهم:

۱. لطفاً علاوه بر تکمیل و تأیید فرم درخواست اعتباربخشی، کلیه مستندات مورد نیاز بعد از تأیید رئیس مرکز تحقیقات، ضمیمه کاربرگ ارسال شوند.
 ۲. مسئولیت اعتبار و صحت اطلاعات مندرج در کاربرگ، برعهده ریاست مرکز بوده و در صورت مغایرت با اطلاعات مستند موجود در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع؛ پرونده از چرخه بررسی اعتباربخشی خارج خواهد شد.
 ۳. کلیه مستندات می بایست به طور کامل ارایه گردد. لازم به ذکر است که در صورت نقص مدارک، پرونده مورد بررسی قرار نخواهد گرفت.
 ۴. مستندات مورد نیاز، می بایست منطبق با بندهای کاربرگ مرتب شده و برچسب مرتبط با هر بند الصاق شده باشد.
 ۵. درخصوص بندهایی از کاربرگ که با ستاره مشخص شده و مستلزم ارسال تصویر مقالات منتشر شده می باشد، ضمن تکمیل دقیق جداول مربوطه، لازم است فایل صفحات کامل مقاله، تصویر مستندات مبنی برنمایه شدن در نمایه های بین المللی شامل: ISI, PubMed ، تصویر صفحه مشخص کننده ضریب تأثیر مجله (Impact Factor) برگرفته از پایگاه اطلاع رسانی www.hbi.ir بصورت فایل pdf تهیه شده و در قالب CD/DVD ضمیمه کاربرگ ارسال شود.
 ۶. برای h-index استاد راهنمای پیشنهادی، می بایست حتماً اطلاعات مربوطه از پایگاه استنادی Scopus یا PubMed استخراج شده باشد. لطفاً پرینت h-index استاد راهنما از پایگاه Scopus بصورت فایل pdf تهیه شده و در قالب CD/DVD ضمیمه کاربرگ ارسال شود.
 ۷. پس از ارسال مدارک و تأیید کارشناسی در دبیرخانه، به منظور بررسی فضای فیزیکی مناسب تحقیقاتی و همچنین در اختیار داشتن محیط های تحقیقاتی مورد نیاز مانند آزمایشگاه، پایگاه اطلاع رسانی و ... ممکن است از مراکز متقاضی بازدید به عمل آید.
 ۸. مراکز تحقیقاتی متقاضی میزبانی برنامه پزشکی پژوهشگر، باید مجوز فعالیت از شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی کشور را داشته باشند و رونوشت تأیید شده آن را به همراه کاربرگ ارسال نمایند.
 ۹. مراتب تأیید مرکز تحقیقات متقاضی برای میزبانی برنامه پزشکی پژوهشگر، فقط به صورت کتبی به معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه اعلام خواهد شد.
 ۱۰. مراکز تحقیقاتی تأیید شده برای میزبانی برنامه پزشکی پژوهشگر و معاونین آموزشی و پژوهشی دانشگاه مربوطه، ملزم به رعایت تمامی مواد و تبصره های آئین نامه برنامه پزشکی پژوهشگر می باشند.
 ۱۱. اخذ مجوز میزبانی برنامه پزشکی پژوهشگر از شورای راهبری برنامه پزشکی پژوهشگر معاونت تحقیقات و فناوری، به منزله مجوز دائمی نبوده و در صورت عدم رعایت تعهدات و حاصل نشدن اهداف برنامه با نظر معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع و طرح در شورای راهبری، لغو مجوز خواهد شد.
 ۱۲. ارسال تصویر کاربرگ مورد پذیرش نمی باشد. بدیهی است به کاربرگ ها و مستندات تأیید نشده و همچنین گزارشات و مستنداتی که از طریق دبیرخانه معاونت پژوهشی آن دانشگاه ارسال نشود، ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- لطفاً اصل کاربرگ پس از تکمیل و تأیید به همراه مستندات مورد نیاز، صرفاً از طریق دبیرخانه معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه به آدرس زیر ارسال شود: تهران، میدان صنعت، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۱۵، معاونت تحقیقات و فناوری، دبیرخانه شورای راهبری برنامه پزشکی پژوهشگر، تلفن تماس: ۸۱۴۵۵۱۹۴

دبیرخانه شورای راهبری برنامه پزشکی پژوهشگر

(۱) مشخصات مرکز تحقیقاتی

نام مصوب مرکز تحقیقاتی	وابسته به دانشگاه/سازمان/مؤسسه	
تاریخ اخذ موافقت اصولی	تاریخ اخذ موافقت قطعی	
شماره و تاریخ مجوز فعالیت از شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی		
آدرس پستی		
آدرس پایگاه الکترونیکی (website)		
شماره تلفن مرکز تحقیقاتی	شماره نمابر مرکز تحقیقاتی	
نام و نام خانوادگی کارشناس رابط	شماره تلفن همراه کارشناس رابط	
تلفن کارشناس رابط	ایمیل کارشناس رابط	
بودجه پژوهشی سالانه (میلیون ریال)*		
فضای فیزیکی در اختیار مرکز (مترمربع)		
میزان بودجه طرحهای مصوب (میلیون ریال) در سال تشکیل پرونده		
میزان بودجه جذب شده از خارج دانشگاه ذیربط (میلیون ریال) در ۵ سال اخیر		
گروه(های) آموزشی همکار طرح (مثلاً گروه داخلی، دانشگاه ع پ تهران)		
		۱-
		۲-
		۳-
۴-		
آیا در آخرین ارزشیابی انجام شده، توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع، جزء ده درصد برتر مراکز تحقیقات می‌باشید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
تاریخ آخرین ارزشیابی مرکز تحقیقاتی		

*بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی دارای ردیف بودجه، براساس میزان بودجه قید شده در کتاب قانون بودجه در سال تشکیل پرونده قید شود و در صورتیکه مرکز تحقیقاتی فاقد ردیف مستقل بودجه است، میزان بودجه اختصاص یافته از دانشگاه ذیربط با تأییدیه ریاست دانشگاه ارایه گردد.

(۲) مشخصات ریاست مرکز تحقیقاتی:

نام و نام خانوادگی

جدول ۱-۲: جدول اطلاعات و سوابق تحصیلی ریاست مرکز

ردیف	مقطع	رشته	گرایش	نام دانشگاه	از تاریخ	تا تاریخ	کشور	شهر
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

جدول ۲-۲: سوابق کاری (از ابتدا تا کنون)

ردیف	محل کار	عنوان شغلی	شهر	تاریخ شروع همکاری	تاریخ خاتمه همکاری	نوع استخدام
۱						هیأت علمی <input type="checkbox"/> غیرهیأت علمی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۲						هیأت علمی <input type="checkbox"/> غیرهیأت علمی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۳						هیأت علمی <input type="checkbox"/> غیرهیأت علمی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۴						هیأت علمی <input type="checkbox"/> غیرهیأت علمی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

۳) مشخصات استاد/اساتید راهنمای پیشنهادی

در جدول ذیر به ازای هر عضو استاد راهنمای پیشنهادی (با حداقل رتبه دانشیاری)، مشخصات زیر را کامل نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	عنوان بهترین مقالات در ۵ سال اخیر که در آن نفر اول یا نویسنده مسئول بوده‌اید.**	عنوان مجله	ضریب تأثیر مجله (Impact Factor) در زمان چاپ مقاله	تاریخ چاپ
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

**لطفاً نسخه‌ای از تمام صفحات مقالات درج شده در جدول فوق، فقط به صورت فایل Pdf و در پوشه‌های (فولدرهای) جداگانه با نامگذاری هر استاد راهنمای پیشنهادی در قالب CD/DVD ضمیمه کاربرگ ارسال شود.

۴) پیش‌بینی دستاورد برگزاری دوره پزشکی پژوهشگر برای مرکز تحقیقاتی میزبان برنامه

شرح مختصری از پیش‌بینی دستاورد برگزاری دوره پزشکی پژوهشگر برای مرکز میزبان را حداکثر در ۳۰۰ کلمه مرقوم بفرمایید:

۵) مشخصات اعضای هیأت علمی مرکز تحقیقاتی

لطفاً جدول زیر به ازای هر عضو هیأت علمی همکار مرکز تحقیقاتی میزبان برنامه تکمیل شود.
 لطفاً پرینت h-index استاد راهنما از پایگاه Scopus بصورت فایل pdf تهیه شده و در قالب CD/DVD ضمیمه کاربرگ ارسال شود.

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدارک تحصیلی	رشته تحصیلی	مرتبۀ علمی	نوع استخدام تمام وقت / پاره وقت	میزان بودجه تحقیقاتی جذب شده در ۵ سال اخیر	گرایش تحقیقاتی	تعداد کل مقالات علمی پژوهشی ISI	تعداد مقالات نویسنده اول یا مسئول	h-index	Total Citation	استاد راهنمای پیشنهادی	تعداد موارد هدایت دانشجو به عنوان استاد راهنما یا مشاور		
													دستیار / دکتری حرفه‌ای	PhD	کارشناسی ارشد
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															

بدینوسیله گواهی می‌شود که مرکز تحقیقات و دانشگاه علوم پزشکی متعهد به اجرای برنامه پزشک پژوهشگر می‌باشد.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضاء رئیس مرکز تحقیقاتی:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضاء رئیس دانشگاه: