

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز توسعه و هماهنگی تحقیقات و فناوری

### ثبت تقاضا

			فارسی	عنوان ارائه شده
			انگلیسی	
<input type="checkbox"/> تجهیزات پزشکی	<input type="checkbox"/> بالینی	<input type="checkbox"/> علوم دارویی	<input type="checkbox"/> علوم پایه	زمینه علمی موضوع ارائه شده
			<input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	
<input type="checkbox"/> غیر قابل ثبت	<input type="checkbox"/> هر دو	<input type="checkbox"/> خارجی	<input type="checkbox"/> داخلی	محل ثبت ادعا
			نام مرجع ثبت:	
تاریخ ثبت: (طبق گواهینامه ثبت)		شماره ثبت: (طبق گواهینامه ثبت)		
<input type="checkbox"/> بنیاد ملی نخبگان				
<input type="checkbox"/> معاونت آموزشی / مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)				
<input type="checkbox"/> معاونت آموزشی / مرکز امور هیات علمی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)				
<input type="checkbox"/> معاونت توسعه مدیریت و منابع (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)				
<input type="checkbox"/> دانشگاه های علوم پزشکی				
<input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)				
<input type="checkbox"/> استفاده از تسهیلات بنیاد ملی نخبگان				
<input type="checkbox"/> استفاده از تسهیلات استعدادهای درخشان				
<input type="checkbox"/> استفاده از تسهیلات قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان				
<input type="checkbox"/> استفاده از امتیاز ارتقای اعضای هیأت علمی				
<input type="checkbox"/> استفاده از سایر (ذکر شود)				

صحت اطلاعات این فرم را تایید و مسئولیت موارد مندرج در آن را به عهده می گیرم.

اینجانب

امضا

تاریخ تکمیل فرم: