



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت تحقیقات و فناوری

## کاربرگ

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

دبیرخانه شورای توسعه ظرفیت تحقیقات علوم پزشکی

[rcd.research.ac.ir](http://rcd.research.ac.ir)

کارشناس: سوسن افلاکی

تلفن: ۸۱۴۵۵۱۹۶

ایمیل: [rcd@research.ac.ir](mailto:rcd@research.ac.ir)

## بسمه تعالی

مراکز تحقیقاتی که براساس آیین نامه دوره پزشک پژوهشگر مصوب وزارت بهداشت مورخ ۱۳۹۴/۳/۱۷، متقاضی برگزاری دوره پزشک پژوهشگر می‌باشند، می‌بایست کاربرگ پیوست را به دقت تکمیل نموده و همراه با مستندات مورد نیاز به دبیرخانه توسعه ظرفیت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال نمایند. کاربرگ و مستندات واصل شده پس از تشکیل پرونده، مطابق ضوابط و آیین‌نامه مورد بررسی و ارزیابی کارشناسی قرار خواهد گرفت و در صورت احراز شرایط در شورای راهبردی برنامه پزشک پژوهشگر تصویب خواهند شد.

### تذکرات مهم

- ۱- لطفا علاوه بر تکمیل فرم درخواست اعتبار بخشی، کلیه پیوست ها را نیز بصورت یک فایل pdf ارسال دارید.
- ۲- مسئولیت اعتبار و صحت اطلاعات مندرج در کاربرگ برعهده ریاست مرکز بوده و در صورت تناقض با اطلاعات مستند موجود در معاونت تحقیقات و فناوری پرونده از چرخه اعتباربخشی خارج خواهد شد.
- ۳- کلیه مستندات می‌بایست به طور کامل ارایه گردد. شایان ذکر است که در صورت نقص مدارک پرونده مورد بررسی قرار نخواهد گرفت.
- ۴- مستندات مورد نیاز می‌بایست منطبق با بندهای کاربرگ مرتب شده و برچسب مرتبط با هر بند الصاق شده باشد.
- ۵- در خصوص بندهایی از کاربرگ که با ستاره مشخص شده و مستلزم ارسال تصویر مقالات منتشر شده می‌باشد، ضمن تکمیل دقیق جداول مربوطه، تصویر صفحه اول مقاله، تصویر مستندات مبنی بر نمایه شدن در نمایه‌نامه‌های بین‌المللی: PubMed ; ISI تصویر صفحه مشخص کننده ضریب تاثیر مجله (Impact Factor) برگرفته از پایگاه اطلاع رسانی [www.hbi.ir](http://www.hbi.ir) را ارسال نمایید.
- ۶- برای h-index استاد راهنمای پیشنهادی می‌بایست حتماً پربنت مربوطه از پایگاه استنادی Scopus یا Pubmed استخراج شده باشد.
- ۷- پس از ارسال مدارک و تأیید کارشناسی در دبیرخانه، به منظور بررسی فضای فیزیکی مناسب تحقیقاتی و همچنین در اختیار داشتن محیط‌های تحقیقاتی مورد نیاز مانند آزمایشگاه، پایگاه اطلاع رسانی و ... ممکن است از مراکز متقاضی بازدید بعمل آید.
- ۸- مراکز تأیید شده توسط معاونت تحقیقات و فناوری پس از اخذ مجوز از شورای گسترش علوم پزشکی کشور ملزم به رعایت تمامی مواد و تبصره‌های آیین نامه برنامه پزشک پژوهشگر می‌باشند.
- ۹- اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری و شورای راهبردی به منزله مجوز دائمی نبوده و در صورت عدم رعایت تعهدات و حاصل نشدن اهداف برنامه به صلاحدید معاونت تحقیقات و فناوری لغو مجوز خواهد شد.
- ۸- کاربرگ تکمیل شده و مستندات را از طریق ایمیل به [lracd@research.ac.ir](mailto:lracd@research.ac.ir) ارسال دارید
- ۹- دبیرخانه شورا آماده پاسخگویی و راهنمایی دانشجویان، مراکز تحقیقاتی و داوطلبان می‌باشد. لطفاً با کسب وقت قبلی از طریق تلفن (۸۱۴۵۵۱۹۴) به آدرس تهران - شهرک غرب - بلوار شهید فرحزادی - بلوار ایوانک - بینفلامک و زرافشان - ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه پانزدهم - معاونت تحقیقات و فناوری - دبیرخانه شورای راهبردی برنامه پزشک پژوهشگر - مراجعه فرمایید.

## (۱) مشخصات مرکز تحقیقاتی

	وابسته به دانشگاه/ سازمان/مؤسسه		نام مرکز تحقیقاتی
	تاریخ اخذ موافقت قطعی		تاریخ اخذ موافقت اصولی
			آدرس پستی مرکز
			آدرس پایگاه الکترونیکی (Web Site) مرکز
	شماره نمابر		نام کارشناس رابط
	شماره تلفن		شماره تلفن همراه
بودجه پژوهشی سالانه (میلیون ریال)*			
فضای فیزیکی در اختیار مرکز (متر مربع)			
میزان بودجه طرح های مصوب (میلیون ریال) در سال تشکیل پرونده:			
میزان بودجه جذب شده از خارج دانشگاه ذیربط (میلیون ریال) در ۵ سال اخیر			
-۱	گروه (های) آموزشی همکار طرح (مثلا گروه داخلی، دانشگاه ع پ تهران)		
-۲			
-۳			
-۴			

\*بودجه پژوهشی مراکز تحقیقاتی دارای ردیف مستقل بودجه بر اساس میزان بودجه قید شده در کتاب قانون بودجه در سال تشکیل پرونده قید شود و در صورتی که مرکز تحقیقاتی فاقد ردیف مستقل بودجه است، میزان بودجه اختصاص یافته از دانشگاه ذیربط با تاییدیه ریاست دانشگاه ارایه گردد.

مشخصات ریاست مرکز تحقیقاتی:

نام و نام خانوادگی

### جدول ۱-۱ جدول اطلاعات و سوابق تحصیلی

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

### جدول ۱-۲ سوابق کاری (از ابتدا تا کنون)

ردیف	محل کار	عنوان شغلی	شهر	تاریخ شروع به همکاری	تاریخ خاتمه همکاری	نوع استخدام
۱					هیات علمی	هیات علمی غیر هیات علمی سایر
۲					هیات علمی	هیات علمی غیر هیات علمی سایر
۳					هیات علمی	هیات علمی غیر هیات علمی سایر
۴					هیات علمی	هیات علمی غیر هیات علمی سایر

جدول ۲: در جدول ذیل به ازای هر عضو استاد راهنما پیشنهادی ( با حداقل رتبه دانشیاری)، مشخصات زیر را کامل کنید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	عنوان بهترین مقالات در ۵ سال اخیر که در آن نفر اول یا نویسنده مسئول بوده اید.***	عنوان مجله	IF ضریب تاثیر	تاریخ چاپ
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

\*\*\*لطفا نسخه ای از مقالات بصورت PDF ضمیمه شود.

شرح مختصری از پیش بینی دستاورد برگزاری دوره پزشک پژوهشگر برای مرکز میزبان (حد اکثر ۳۰۰ کلمه)

جدول ۳) مشخصات اعضای هیات علمی مرکز: (پرینت صفحه h-index استاد راهنما از پایگاه Scopus بصورت pdf الزامیست).

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدارک تحصیلی	رشته تحصیلی	مرتبه علمی	نوع استخدام تمام وقت/ پاره وقت (ت یا پ)	بودجه تحقیقاتی جذب شده در ۵ سال اخیر (میلیون ریال)	گرایش تحقیقاتی	تعداد کل مقالات علمی 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	حرفه ای	Ph.D
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															
۱۱															
۱۲															
۱۳															
۱۴															
۱۵															

بدین وسیله گواهی می شود که مرکز تحقیقات

و دانشگاه علوم پزشکی

متعهد به اجرای برنامه پزشک پژوهشگر می باشد.

امضای رئیس مرکز

امضای رئیس دانشگاه

تاریخ