

وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

**معاونت تحقیقات وفنآوری**

درخواست اعتباربخشی به مراكز تحقیقاتی متقاضي برگزاري دوره دكتري پژوهشي سال تحصیلی 1400-1399

**(فرم شماره2)**

**تقاضا:**

1. **معرفی مرکز جدید**
2. **معرفی استاد راهنمای جدید**
3. **تکمیل ظرفیتهای مصوب قبلی**
4. **افزایش ظرفیت برای استاد قدیم**

نام مركز تحقيقات متقاضي: نام مؤسسه/سازمان/دانشگاه علوم پزشکی:

زمينه فعاليت: باليني بيومديكال تاریخ موافقت اصولی یا قطعی:

کارشناس مسئول واحد دکتری تخصصی پژوهشی : تلفن همراه: تلفن ثابت:

رییس مرکز تحقیقات:

تعداد اعضاي هيات علمي: تمام وقت: پاره وقت:

آيا كاربرگ اعتباربخشي مراكز تكميل شده است؟ بلي خير

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرايط احراز اعتبار برگزاري دوره دكتري تخصصی پژوهشي** | **بلي** | **خير** |
| **1** | چاپ حداقل 6 مقاله تحقيقي اصيل نمایه شده در نمايه‌‌نامه‌هاي بين‌المللي نوع یک (PubMed یا (Web of Sciences به عنوان نويسنده مسئول يا اول در طول 2 سال گذشته برای هر استاد راهنمای پیشنهادی |  |  |
| **2** | وجود H-Index استاد راهنمای پیشنهادی (استخراجی از پایگاه استنادی Scopus) |  |  |
| **3** | وجود فضاي مناسب تحقيقاتي و آزمايشگاهي مناسب در مركز |  |  |
| **4** | وجود اعتبار پژوهشی مالی (گرنت) استاد راهنما جهت انجام پایان نامه دانشجو/ نامه رياست یا معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه مبني بر در اختيار داشتن بودجه طرح تحقيقاتي |  |  |
| **5** | عضويت حداقل 2 محقق هيات علمي تمام‌وقت (حداقل استاديار) در مركز جهت سرپرستي، همكاري يا نظارت در انجام پروژه |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **استاد راهنمای مورد تأیید** | **H-Index** | **مرتبه علمی** | **مدرک تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **عنوان رشته پژوهشی**  **(طبق رشته های مصوب دکتری تخصصی)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**تاریخ درخواست:**

**مهر و امضاء واحد دکتری تخصصی پژوهشی مهر و امضاء معاون تحقیقات وفنآوری**

**سازمان/مؤسسه/دانشگاه علوم پزشکی سازمان/مؤسسه/دانشگاه علوم پزشکی**