



تاریخ:

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان

فرم درخواست اولیه پذیرش در مرکز رشد فناوری و نوآوری سلامت

مشخصات متقاضی:

نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: محل تولد: کد ملی:

وضعیت تحصیلی: دانشجو فارغ التحصیل

مقطع یا مدرک تحصیلی: دیپلم کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد

دکتری تخصصی دکتری حرفه ای دکتری تخصصی بالینی دکتری فوق تخصصی بالینی

رشته تحصیلی: نام دانشگاه محل تحصیل:

وضعیت شغلی: عضو هیئت علمی کارمند فناور پژوهشگر دانشجو

محل اشتغال: عنوان شغل:

آدرس محل کار:

کد پستی: تلفن:

آدرس محل سکونت:

کد پستی: تلفن:

تلفن همراه: آدرس پست الکترونیکی:

عنوان و شرح مختصر ایده:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

نام و مشخصات همکار(ان):

در صورتی که شرکت ثبت شده ای جهت انجام امور مربوطه طرح یا ایده پیشنهادی دارید این قسمت را تکمیل نمایید.

نام شرکت: سمت در شرکت: :
تاریخ ثبت: شماره ثبت:

آیا مطالعات امکان سنجی و بازار برای محصول شما انجام داده شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن یک کپی از **BP** و **FS** به پیوست ارسال شود.

آیا ایده یا محصول مورد نظر ثبت اختراع داخلی/خارجی شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن یک کپی از گواهی ثبت اختراع به پیوست ارسال شود.

امضاء