

	فرم امکانسنجی طرح های تحقیقاتی	 <p>موسسه محب سلامت کاشان بیمارستان فوق تخصصی آیت الله شیرازی (ع)</p>
<p>نام مجری طرح:</p> <p>عنوان پایان نامه \ پروپوزال:</p>		
مهر و امضا مسئول	عنوان	ردیف
کارشناس واحد تحقیقات	آیا طرح مورد نظر در بیمارستان انجام میشود؟ <input type="checkbox"/>	۱
مسئول مربوطه	<p>هزینه ارایه خدمت در طرح</p> <p>نام خدمت:</p> <p>کد تعرفه :</p> <p>مبلغ هر واحد خدمت:..... ریال</p> <p>تعداد خدمت:..... عدد</p> <p>جمع: ..... ریال</p>	۲
مسئول مربوطه	<p>هزینه پرسنلی بر اساس آیتم ذکر شده در طرح و مطابق با پیشنهاد مجری طرح</p> <p>ساعات کاری پرسنل: ..... ساعت</p> <p>هزینه هر ساعت:.....ریال</p> <p>جمع کل: .....ریال</p>	۳
واحد ترخیص	تایید هزینه های خدمت	۴
واحد مالی بیمارستان	<p>واریز هزینه های طرح</p> <p>شماره حساب موسسه محب سلامت کاشان.....</p> <p>شماره فیش واریزی.....</p>	۵

### تایید کنندگان:

امور مالی جهت تایید فیش و واریز	مسئول بخش مربوطه	کارشناس پژوهشی	ریاست واحد تحقیقات بالینی
---------------------------------	------------------	----------------	---------------------------