

مرکز مطالعات و همکاری‌های علمی بین‌المللی

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

فرم تقاضای شرکت در

برنامه همکاری‌های پژوهشی بین‌المللی (ICRP)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات متقاضی** | | |
| نام و نام خانوادگی متقاضی: | نام دانشگاه يا مركز متبوع: | نشانی پست الکترونیکی: |
| شمارۀ تلفن ثابت: | شمارۀ تلفن همراه: | نام همکاران در طرح با ذکر محل خدمت: |
| تحصلیلات دانشگاهی   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ردیف | مدرک تحصیلی | رشته تحصیلی | نام دانشگاه | شهر | کشور | تاریخ اخذ مدرک | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   سوابق پژوهشی مجری   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ردیف | عنوان طرح | وضعیت فعلی | | محل اجرا | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | | در دست اجرا | پایان یافته | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| نام و نام‌خانوادگي همکار خارجی: | نام دانشگاه یا مرکز طرف همکاری: | نشانی پست الکترونیکی: |
| عنوان فعالیت علمی پیشنهادی: | | |
| عنوان انگلیسی فعالیت پیشنهادی: | | |
| مشخصات فعالیت و همکاری پیشنهادی: | | |
| توضیح دربارۀ ماهیت، ضرورت و ویژگی‌های فعالیت مورد نظر: | | |
| آیا طرح پژوهشی ارائه شده برای نخستین بار اجرا می‌شود؟ (با ذکر پیشینه پژوهش) | | |
| توضیح دربارۀ قرار داشتن فعالیت در راستای اولویت‌های مطرح شده مرکز: | | |
| تشریح ضرورت همکاری بین‌المللی در انجام مؤثر و موفق فعالیت مورد نظر: | | |
| میزان نوآوری و ارزش علمی این همکاری: | | |
| آیا نتیجه پژوهش‌ها به صورت دانش فنی و مستند قابلیت ارائه و بهره برداری برای پژوهشگران و دانشجویان ایرانی را دارد؟ | | |
| شرح دقیق مراحل همکاری با ذکر مدت زمان مورد نیاز: | | |
| میزان حمایت مالی درخواستی با توجه به موارد همکاری مشخص شده: | | |
| آیا پیش از این از حمایت مالی مرکز مطالعات و همکاری‌های علمی بین‌المللی بهره‌مند شده‌اید؟ با ذکر عنوان فعالیت و میزان حمایت توضیح دهید: | | |
| اعلام میزان دریافت حمایت از سایر مراکز علمی برای اجرای طرح پیشنهادی: | | |
| ذکر تجهیزات آزمایشگاهی، مواد و ملزومات مورد نیاز و ذکر محل تأمین: | | |
| ذکر مشکلات احتمالی و پیچیدگی‌های انجام طرح و روش‌های حل آن: | | |

نام و نام خانوادگی متقاضی: تاریخ:

امضاء