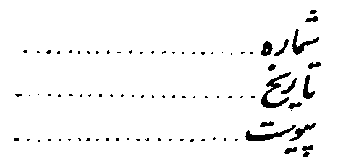
****

**معاونت تحقیقات و فناوری**

بسمه تعالی

**«پرسشنامه راه‌اندازی دوره فناوری‌محور»**

شناسه شرکت: شماره

**نام شرکت دانش‌بنیان: د**وره

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی:** تاریخ

حوزه فعالیت شرکت دانش‌بنیان:

نوع دانش‌بنیانی:

محصولات:

تعداد کارشناسان و متخصصین شرکت در حوزه کاری:

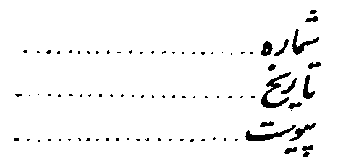
نام و نام خانوادگی مدیرعامل شرکت **:**

نام و نام خانوادگی پرسشگر**:**

نام و نام خانوادگی مصاحبه شونده .......................

بخش اول : اهداف شرکت

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | هدف کنونی مرکز از تربیت دانشجوی دکتری فناوری‌محور چیست ؟ |
| توضیحات: | |
| 2 | شرکت برای جذب فارغ التحصیلان چه برنامه هایی در نظر گرفته است؟ |
| توضیحات : | |



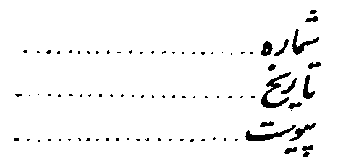
**معاونت تحقیقات و فناوری**

بخش دوم : شرایط شرکت

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | آیا شرکت علاوه بر اساتید راهنما ، هیات علمی دیگری را برای اجرای دوره دارا میباشد ؟ 1 | | بلی خیر | | |
| توضیحات: | | | | | |
| 4 | آیا شرکت علاوه بر هیات علمی ، فناوران دیگر با مدرک دکتری برای اجرای دوره دارا میباشد ؟ | | | | بلی خیر |
| توضیحات: | | | | | |
| 4 | آیا فضای فیزیکی لازم و مناسب برای اجرای دوره موجود است؟ | بلی خیر تا حدودی | | | |
| توضیحات: | | | | | |
| 4 | آیا فضای تحقیق و توسعه لازم و مناسب برای اجرای دوره موجود است؟ | بلی خیر تا حدودی | | | |
| توضیحات: | | | | | |
|  | آیا فضای آزمایشگاهی لازم و مناسب برای اجرای دوره موجود است؟ | بلی خیر تا حدودی | | | |
| توضیحات: | | | | | |
| 5 | آیا تجهیزات لازم برای اجرای دوره وجود دارد؟ | بلی خیر | | | |
| فهرست دستگاه های موجود:  1-................................... 2-................................... 3-.................................... 4- ........................................ 5-................................... فهرست دستگاه های مورد نیاز:  1-..................................... 2-................................... 3-.................................... 4- ........................................ 5-................................... | | | | | |
| 6 | آیا شرکت از امکانات و فضای دیگر مراکز مرتبط می تواند استفاده نماید؟ | | | بلی خیر  تا حدودی | |
| توضیحات: | | | |
| 7 | اساتید راهنما چند ساعت در هفته در شرکت حضور دارند؟  نام اساتید : ظرفیت پذیرش دانشجو: | | | | |
| توضیحات: | | | | | |



**معاونت تحقیقات و فناوری**



بخش سوم : امکانات تربیت دانشجو

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | ایا امکانات IT و دسترسی به اینترنت وجود دارد؟ | | بلی خیر |
| توضیحات: | | | |
| 9 | ایا امکانات رفاهی برای دانشجویان در نظر گرفته شده است؟ | | بلی خیر |
| توضیحات: | | | |
|  |  |  | |
| نظر کلی پرسشگر در مورد امکان برگزاری دوره توسط شرکت دانش‌بنیان چیست ؟  عالی خیلی خوب خوب متوسط ضعیف خیلی ضعیف | | | |