

1. **ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย** :
2. **ชื่อโครงการ** :
3. **ชื่อผู้เสนอโครงการและผู้ร่วมโครงการ**(ไม่เกิน 3 คน) :

*(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ – นามสกุล / ตำแหน่ง /สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail)*

*(ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ผลงาน ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่เสนอ ของผู้เสนอโครงการที่เป็นหัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการให้แนบเป็นเอกสารแนบท้าย)*

1. **ความสอดคล้องกับแผนงาน** : 🗹 การถ่ายทอดเทคโนโลยี
2. **ลักษณะโครงการ** : โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸 ใน  🞏 ที่ต้องการและกรอกข้อมูลพร้อมหลักฐานตามที่ระบุ

🞏 5.1 เป็นโครงการต่อเนื่องที่เคยได้รับการสนับสนุนฯจากโครงการคลินิกฯหรือโครงการที่เคยถ่ายทอดฯ มาแล้วจากแหล่งทุนอื่น (ปีที่ดำเนินการ )

 ☞*แนบผลการดำเนินงานและผลสำเร็จที่ผ่านมาประกอบด้วย*

 🞏 5.2 เป็นโครงการใหม่ (ไม่เคยดำเนินการหรือรับงบประมาณจากแหล่งใด) โดยเป็นโครงการที่...

 🞏 1) เป็นความต้องการของชุมชน (เกษตรกร แม่บ้านเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม หรือ วิสาหกิจชุมชน หรือ SMEs โดยได้แนบหลักฐานตามแบบสำรวจความต้องการ (แบบ สส. 002 - 2 (1))

 🞏 2) สมาชิกอาสาสมัครวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (โปรดระบุชื่อผู้นำ) โดยได้แนบหนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการ (แบบ สส. 002 - 2 (2))

 🞏 3) เป็นข้อเสนอความต้องการของ 🔾 จังหวัด /ท้องถิ่น (ผ่าน ศวภ.1-5)

 🞏 5.3 เป็นผลงานวิจัยและพัฒนาที่ต้องการและมีพร้อมในการถ่ายทอดฯ

โปรดระบุแหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน

หมายเลขโทรศัพท์แหล่งทุน โดย 🞎 ไม่เคยถ่ายทอดฯ

 🞎 ถ้าเคยถ่ายทอดฯ ให้ระบุไว้ในข้อ 5.1

1. **หลักการและเหตุผล** :

*(คำอธิบาย:ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ เช่น ระบุประเด็นหรือที่มาของปัญหา แนวคิดการแก้ไขหรือพัฒนา มีความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่อย่างไร เป็นต้น)*

1. **วัตถุประสงค์** :*(ระบุว่าโครงการมุ่งหวังให้บรรลุอะไร หลัก ๆ ไม่เกิน 3 ข้อ)*

1.

2.

3.

1. **กลุ่มเป้าหมาย** :

*(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อกลุ่มเป้าหมายพร้อมชื่อ/นามสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่เป็นประธาน/ผู้นำกลุ่ม-ชุมชน ที่จะดำเนินการให้ชัดเจนเชื่อมโยงกับข้อ 5.2 1) )*

1. **พื้นที่ดำเนินการ** :

*(คำอธิบาย :โปรดระบุ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่)*

1. **ระยะเวลาดำเนินการ** : (วันเริ่มต้น -สิ้นสุดโครงการต้องอยู่ภายในปีงบประมาณวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560)
2. **การดำเนินโครงการ** :

11.1 กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

คำอธิบายต้องให้ข้อมูล

⮚ บทสรุปของเทคโนโลยีหรือองค์ความรู้ที่จะถ่ายทอดฯ

⮚คุณสมบัติของผู้รับการถ่ายทอดฯ

⮚วิธีการถ่ายทอด**[**หัวข้อความรู้ที่จะให้โดยการบรรยาย การสาธิต การศึกษาดูงาน**][**หัวข้อทักษะ/ความเชี่ยวชาญ ที่จะฝึกปฏิบัติแต่ละเรื่อง ให้ระบุจำนวนชั่วโมง/ จำนวนวัน/ จำนวนครั้ง พร้อมชื่อวิทยากรและหน่วยงานของวิทยากร**]**

⮚สื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดฯ เช่น เอกสารประกอบการบรรยาย เครื่องมือเครื่องจักรในการสาธิต เป็นต้น

⮚การทดสอบการได้รับความรู้ก่อนและหลัง แผนการติดตาม ให้คำปรึกษา และการติดตามประเมินผลภายหลังการถ่ายทอดฯ

11.2 แผนการดำเนินงาน ( ตามตารางด้านล่าง) *โดยสอดคล้องกับ ข้อ 11.1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **2559** | **2560** | **รวม** |
| ไตรมาสที่ 1 | ไตรมาสที่ 2 | ไตรมาสที่ 3 | ไตรมาสที่ 4 |
| ต.ค. | พ.ย | ธ.ค. | ม.ค. | ก.พ. | มี.ค. | เม.ย | พ.ค | มิ.ย. | ก.ค. | ส.ค. | ก.ย. |
| แผนเงิน |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผลงาน; (จำนวนผู้รับการถ่ายทอด) |  |  |  |  |  |

1. **ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ** *โปรดระบุค่าเป้าหมาย*

*(โปรดศึกษาในคู่มือฯ ในส่วนของเป้าหมาย / ตัวชี้วัด)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ/ตัวชี้วัด** | **ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)** | **ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ** |
| 1) จำนวนผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี (คน) |  | แบบใบสมัคร |
| 2) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับการถ่ายทอดฯ  |  | แบบประเมินผลฯ |
| 3) ร้อยละผู้รับการถ่ายทอดฯ มีการนำไปใช้ประโยชน์  |  | แบบติดตามฯ |
| 4) จำนวนสถานประกอบการที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (แห่ง/ราย)*\*ดูคำอธิบายในคู่มือ* |  | แบบฟอร์มการนำไปใช้ประโยชน์ |
| 5) สัดส่วนผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการดำเนินงานคลินิกเทคโนโลยีโครงการเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ  | เท่ากับหรือมากกว่า 1 | การประเมินจากคณะที่ปรึกษาจากภายนอก |

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**\*\*(ผลกระทบ : ที่เกิดโดยตรงกับผู้รับบริการและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการ)

*(คำอธิบาย : แสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการทั้งที่ระบุเป็นตัวเงินและไม่สามารถระบุเป็นตัวเงินได้ ศึกษาขอบเขตในคู่มือฯ พร้อมอธิบายให้เข้าใจว่าเกิดอย่างไร)*

 🞏 ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย 🞏 ทางสังคม โปรดอธิบาย

 *\*\* จะสัมพันธ์กับข้อ 12*

1. **งบประมาณขอรับการสนับสนุน** จำนวน บาท มีรายการ ดังนี้

*(คำอธิบาย :ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน****เป็นงบตัวคูณ [ราคาต่อหน่วย: จำนวนคน/ครั้ง/วัน/ชิ้น]*** *โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ)*

 *\* หากมีงบสมทบหรือทรัพยากรอื่น ๆ จากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากกลุ่ม/ชุมชน โปรดระบุไว้ด้วย*

1. **การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล** :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงาน และจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO)ที่เวบไซต์www.clinictech.most.go.th และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์พร้อมไฟล์เอกสารภายใน 30 วันหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ(โปรดศึกษาในคู่มือฯ)

1. **การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการ** :

ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมและมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะระบุว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้ง ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมจัดแสดงผลงานคลินิกเทคโนโลยีในงานนิทรรศการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

( )

ผู้เสนอโครงการ
ตำแหน่ง\*\*
*(\*\* ตำแหน่งในสถาบันการศึกษา)*

- 3 -