

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

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

*(ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ผลงาน ประสบการณ์การทำงานของผู้เสนอโครงกาที่เป็นหัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการให้เป็นเอกสารแนบท้ายโครงการ))*

1. **ความสอดคล้องกับแผนงาน** : 🗹 การวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยี
2. **ลักษณะโครงการ** : โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸 ใน 🞏 ที่ต้องการและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

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

🞏 5.2 เป็นข้อเสนอความต้องการของจังหวัด หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสมาชิก อสวท. โดยได้แนบหนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการ (แบบ สส.002 - 2 (2))

🞏 5.3 อื่นๆ โปรดระบุ

1. **หลักการและเหตุผล** :

*(ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีวิจัยและพัฒนาต่อยอด โดยแสดงรายละเอียดและสถานภาพปัญหาของเทคโนโลยีเดิม)*

1. **วัตถุประสงค์** :*(ระบุว่าโครงการมุ่งหวังให้บรรลุอะไร หลักๆ ไม่เกิน 3 ข้อ)*

1.

2.

3.

1. **กลุ่มเป้าหมาย** :

*(อธิบาย :โปรดระบุ กลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะเป็นผู้ใช้/รับการถ่ายทอดฯ เมื่อผลงานวิจัยฯ แล้วเสร็จ)*

1. **พื้นที่ดำเนินการ** :

*(อธิบาย :โปรดระบุ พื้นที่ตั้งที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาต่อยอดและพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้เทคโนโลยี)*

1. **ระยะเวลาดำเนินการ** : (วันเริ่มต้น -สิ้นสุดโครงการต้องอยู่ภายในปีงบประมาณวันที่ 1 ตุลาคม 59 - 30 กันยายน 60)
2. **การดำเนินโครงการ** :

11.1 กระบวนการและวิธีการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ มีรายละเอียด ตามหัวข้อ ดังนี้

⮚ ขอบเขตการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ความคาดหวังและผลประโยชนที่ได้รับจากการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

* แผนการถ่ายทอดฯ

11.2 แผนการดำเนินการวิจัยฯ และแผนการถ่ายทอดฯ (ตามตารางด้านล่าง) *โดยสอดคล้องกับ ข้อ 11.1*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **2559** | | | **2560** | | | | | | | | | **รวมเงิน**  **(บาท)** |
| 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. |
| แผนงาน | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| แผนเงิน |  | | |  | | |  | | |  | | |  |

1. **ผลผลิต**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดผลผลิต** | **ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)** | **ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ** |
| 1. ผลงานวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีแล้วเสร็จตามแผน | แล้วเสร็จตามแผน  ภายในปีงบประมาณ | 1. รายงานการวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีฉบับสมบูรณ์ |
| 1. จำนวนผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี (คน) |  | 1. การรายงานความก้าวหน้าในระบบ CMO |
| 1. ร้อยละผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีมีความพึงพอใจผลงานฯ |  |

1. **ผลกระทบ** : *(โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ และแสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่สามารถระบุเป็นตัวเงิน ข้อใดข้อข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ)*

🞏 ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย

🞏 ทางสังคม โปรดอธิบาย

1. **งบประมาณขอรับการสนับสนุน** จำนวน บาท มีรายการ ดังนี้

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

1. **การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล** :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงานและจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO)ที่เวบไซต์www.clinictech.most.go.th และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์พร้อมไฟล์เอกสาร ภายใน 30 วันหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ

( )

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