

بسمه تعالی

ستاد کار آفرینی دانشگاه علوم پزشکی قم
فرم توجیهی طرح کار آفرینی گروه پزشکی و پیراپزشکی

۱- عنوان اصلی طرح کار آفرینی:

۲- مشخصات مجری طرح

نام واحد: نام و نام خانوادگی صاحب اصلی طرح:

در صورت لزوم نام و نام خانوادگی شرکاء یا هیئت امنای طرح:

۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶- ۷-

آدرس محل کار آفرینی: تلفن:

آدرس صاحب اصلی طرح کار آفرینی: تلفن:

آدرس پست الکترونیکی محل کار:

آدرس الکترونیکی صاحب اصلی طرح:

۳- اهداف کار آفرینی

الف -

ب -

ج -

د -

۴- اطلاعات پیش زمینه و دلایل انجام این طرح:

۵- متدولوژی و روش اجرای طرح کار آفرینی:

۶- مزایا و نتایج اجرائی طرح کار آفرینی و هماهنگی آن با مستندات قانونی و سیاستهای وزارت بهداشت در مان

الف -

ب -

ج -

د -

۷- جدول زمانبندی طرح کار آفرینی (در صورت احداث واحد درمانی) : زمان شروع ماه سال

(لطفا زمان اجرای برنامه ها را با x در ماههای مورد نظر علامت بزنید)

ردیف	برنامه ها	سه ماهه اول			سه ماهه دوم			سه ماهه سوم			سه ماهه چهارم		
۱													
۲													
۳													
۴													
۵													

۸- بودجه بندی طرح کار آفرینی :

الف : سهم آورده مجری یا سرمایه گذار :..... ریال

ب: سهم استفاده از تسهیلات بانکی :

ج: جمع کل بودجه مورد نیاز :..... ریال

د: حداقل حقوق و دستمزد پایه در نظر گرفته شده

موضوع	رشته	پزشک	پرستار	ماما	بهبیار	خدمتکار	حداقل حقوق و دستمزد پایه طبق قانون کار	

۹- میزان اشتغالزایی در قالب اجرای طرح کار آفرینی :

موضوع	رشته	پزشک	پرستار	ماما	بهبیار	خدمتکار	میزان اشتغالزایی	

امضاء :

تاریخ :

نام نام خانوادگی :