****

****

**** טופס א - הגשת בקשה למענק מחקר



הנחיות כלליות:

**הצעות המחקר תוגשנה עד** ל- 15.01.23 בשעה 15.00

לא ייבחנו הצעות אשר יתקבלו לאחר מועד זה ו/או מסמכים אשר מולאו באופן חלקי.

טופס זה ימולא בעברית למעט המקומות בהם מצוין אחרת, או אם התבקשו החוקרים על כך במפורט.

לאחר מילוי יש להגיש את הטפסים לכתובת המייל:

**siton\_r@mac.org.il**

****

**** בקשה מלאה למענק מחקר (חלק 1)

חלק א: **תקציר המחקר | פרטים כלליים**

**כותרת מלאה של הצעת המחקר:**

|  |
| --- |
|  |

**תקציר**

אורכו הכולל של התקציר לא יעלה על 300 מילים, התקציר יכלול את החלקים הבאים: מטרות המחקר, השערות העבודה, שיטות המחקר וחשיבות המחקר המוצע (חידוש ותועלת אפשרית).

**מטרת המחקר:**

|  |
| --- |
|  |

**השערות העבודה:**

|  |
| --- |
|  |

****

****

**שיטות המחקר:**

|  |
| --- |
|  |

**חשיבות המחקר המוצע** (ייחודיות, חידוש ותועלת אפשרית)**:**

|  |
| --- |
|  |

**שם המחקר בעברית:**

|  |
| --- |
|  |

**שם המחקר באנגלית:**

|  |
| --- |
|  |

****

****

**Title of The Research Proposal (In English)**

|  |
| --- |
|  |

**Abstract**

An abstract of max 300 words, should describe: Objectives, Hypothesis, and Significance of the proposed research (The proposed study's uniqueness and innovation)

**Objectives:**

|  |
| --- |
|  |

 **Working Hypothesis:**

|  |
| --- |
|  |

****

****



**Methodology:**

|  |
| --- |
|  |

 **Significance of the proposed research (its uniqueness and innovation):**

|  |
| --- |
|  |

****

****

חוקר/ת ראשי/ת

אחראי /ת על המחקר. במחקרים בהם החוקר הראשי הינו מחוץ למכבי ישותף חוקר ראשי ממכבי.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תואר אקדמי:  | שם משפחה: | שם פרטי:  | ת.ז. (9 ספרות):  |
| First Name : | Surname:  |
| מעמד אקדמאי | דרגה: (מדריך/מרצה/ מרצה בכיר/פרופ' חבר/ פרופ' מן המניין) | שם המוסד:  |
| שם הפקולטה/חוג:  |
| זיקה למכבי | האם החוקר עובד מכבי (אם כן, יש לפרט): |
| מקום העבודה | תפקיד:  |
| שם המוסד:  |
| שם המחלקה:  |
| כתובת מלאה:  |
| טלפונים | עבודה:  | נייד:  | כתובת מייל:  |
| מומחיות (לרופאים) |  התמחות ראשונה: | שם ההתמחות: |
|  | התמחות נוספת: | שם ההתמחות:  |

****

****

 חוקרי/ות משנה

\* יש לשכפל ולמלא עבור כל חוקרי המשנה

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תואר אקדמי:  | שם משפחה: | שם פרטי:  | ת.ז. (9 ספרות):  |
| First Name : | Surname: |
| מעמד אקדמאי | דרגה: (מדריך/מרצה/ מרצה בכיר/ פרופ' חבר/ פרופ' מן המניין) | שם המוסד:  |
| שם הפקולטה/חוג:  |
| זיקה למכבי | האם החוקר עובד מכבי (אם כן, יש לפרט): |
| מקום העבודה | תפקיד:  |
| שם המוסד:  |
| שם המחלקה:  |
| כתובת מלאה:  |
| טלפונים | עבודה :  | נייד:  | כתובת מייל:  |
| מומחיות (לרופאים) |  התמחות ראשונה: | שם ההתמחות: |
|  | התמחות נוספת: | שם ההתמחות:  |



****

****

חלק ב: **קו"ח ופירוט רשימת פרסומים של החוקרים/ות**

**\* יש לשכפל עבור כל אחד מהחוקרים/ות.**

1. פרטי החוקר/ת

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **שם משפחה** | **שם פרטי** | **תאריך לידה** | **ארץ לידה** | **תעודת זהות** |
|   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2**. מעמד החוקר/ת בהצעה הנוכחית – **חוקר/ת ראשי/ת | חוקר/ת משנה**

**\* נא למחוק את המיותר**

3. השכלה אקדמית

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מ… עד…** | **מוסד** | **תחום/פקולטה** | **תואר בסיום** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4. תחום מחקר עיקרי (מילות מפתח)

|  |
| --- |
|  |

5. רקע תעסוקתי (יש להתחיל ממקום העבודה הנוכחי)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מ… עד…** | **מוסד** | **תחום/מחלקה** | **תפקיד** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

6. רשימת פרסומים :

|  |  |
| --- | --- |
| **פרסומים בולטים הקשורים לנושא המחקר** | **פרסומים בולטים אחרים** |
|  |  |

****

****

חלק ג: **אישורים וחתימות**

 **\* יש לסמן ב V, יש למלא בנפרד עבור כל חוקר/ת**

[ ]  **מחקר זה,** בחלקו או בשלמותו, לא הוגש לועדת הלסינקי במכבי.

[ ]  **מחקר זה,** בחלקו או בשלמותו, הוגש לועדת הלסינקי במוסד מחוץ למכבי. אנא צרף

 את פרוטוקול המחקר לרבות החלטת הועדה.

[ ]  **אני מצהיר** בזאת כי אינני זקוק לשת"פ עם גורמים נוספים לצורך ביצוע המחקר המוצע

 וכי כל הכלים והמידע הנחוצים עומדים לרשותי במסגרת המוסד בו יבוצע המחקר.

או לחילופין:

[ ]  **אני מתחייב** להמציא את כל האישורים הנדרשים מהמוסדות איתם אצטרך לשתף פעולה

 לצורך ביצוע מחקר. יש לצרף רשימת מוסדות עמם יידרש שיתוף פעולה.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם מלא וחתימת** **החוקר/ת** |  | **תאריך** |

****