טופס א- הגשת בקשה למענק מחקר

הנחיות כלליות

יש להגיש עותק מלא וחתום של הצעת המחקר כמסמכים סרוקים בנוסף על המסמך האלקטרוני.

את הצעות המחקר יש להגיש למכון המחקר של מכבי **לא יאוחר מ: 15.01.22 שעה 15.00**

הצעות אשר יתקבלו לאחר מועד זה ו/או הצעות לא מלאות בשלמות לא יטופלו.

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

**את תקציר המחקר וטופס א' המלא יש להגיש יחד לכתובת המייל :** [**siton\_r@mac.org.il**](mailto:siton_r@mac.org.il)

**בקשה מלאה למענק מחקר (חלק I)**

**חלק א: תקציר המחקר / פרטים כללים :**

1. **כותרת מלאה של הצעת המחקר (עברית)**
2. **תקציר:**

תקציר שאורכו הכולל עד 300 מילים, אשר יכלול: (1) מטרות המחקר; (2) השערות העבודה; (3) שיטות המחקר; (4) חשיבות המחקר המוצע (חידוש ותועלת אפשרית).

|  |
| --- |
| 1. **מטרות המחקר:** |
|  |
| 1. **השערות העבודה:** |
|  |
| 1. **שיטות המחקר:** |
|  |
| 1. **חשיבות המחקר המוצע (ייחודיות, חידוש ותועלת אפשרית):** |
|  |

1. **שם המחקר בעברית:**

|  |
| --- |
|  |

1. **שם המחקר באנגלית:**

|  |
| --- |
|  |

* **3. חוקר/ת ראשי/ת - אחראי /ת על המחקר ( חובה חוקר ראשי /משנה מטעם מכבי שרותי בריאות. )**

**א.** פרטים אישיים **:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תואר אקדמי:  ( MD, BA, MA, PHD) | | **\*\*שם משפחה:** | | **\*\*שם פרטי:** | | | **ת.ז. (9 ספרות):** |
| **First Name:** | | | | **Surname:** | | | |
| מעמד אקדמאי | דרגה: (מדריך/מרצה/ מרצה בכיר/  פרופ' חבר/ פרופ' מן המניין) | | | | שם האוניברסיטה: | | |
| שם הפקולטה/חוג: | | | | | | |
| מקום העבודה | תפקיד: | | | | | | |
| שם המוסד: | | | | | | |
| שם המחלקה: | | | | | | |
| כתובת מלאה: | | | | | | |
| טלפונים | עבודה : | | נייד: | | | כתובת מייל: | |
| מומחיות (לרופאים) | התמחות ראשונה : | | | | שם ההתמחות : | | |
|  | התמחות נוספת : | | | | שם ההתמחות : | | |

**ב. חוקר/ות משנה**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תואר אקדמי: | | שם משפחה: | | שם פרטי: | | | ת.ז. (9 ספרות): |
| First Name: | | | | Surname: | | | |
| מעמד אקדמאי | דרגה: | | | | שם האוניברסיטה: | | |
| שם הפקולטה/חוג: | | | | | | |
| מקום העבודה | תפקיד : | | | | | | |
| שם המוסד: | | | | | | |
| שם המחלקה: | | | | | | |
| כתובת מלאה: | | | | | | |
| אתר אינטרנט: | | | | | | |
| טלפונים | עבודה : | | נייד : | | | כתובת מייל : | |
| מומחיות (לרופאים) | התמחות ראשונה | | | | שם ההתמחות : | | |
|  | התמחות נוספת : | | | | שם ההתמחות : | | |

**\*** ניתן לשכפל את הדף - בהתאם למס' ולכל חוקרי המשנה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. | המוסד העיקרי בו יבוצע המחקר: |  |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. | מוסדות נוספים ששיתופם נדרש לביצוע המחקר: |  |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | המוסד אליו יועבר מענק המחקר והמחלקה/רשות אשר תנהל בו את כספי המחקר: |
|  | |

**8. משך הזמן המתוכנן לביצוע המחקר (מוגבל עד 3 שנים):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. סה"כ התקציב המבוקש בש"ח (כולל תקורות של המוסד הרלוונטי) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

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

\* נא להשתמש בטופס זה בלבד **ולשכפלו** עבור כל אחד מהחוקרים/ות.

1. פרטי החוקר/ת

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

1. \* מעמד החוקר/ת בהצעה הנוכחית – חוקר/ת ראשי/ת / חוקר/ת משנה

\* נא למחוק את המיותר.

1. השכלה אקדמית

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

1. תחום מחקר עיקרי (מילות מפתח)

|  |
| --- |
|  |

1. רקע תעסוקתי (יש להתחיל ממקום העבודה הנוכחי)

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

1. רשימת פרסומים :

א. רק פרסומים הקשורים לנושא המחקר :

ב. פרסומים אחרים (בחמש השנים האחרונות בלבד) -

חלק ג. אישורים וחתימות

1. **מטעם החוקר/ת הראשי/ת (יש לסמן ב V)**

* 1. על-פי עניות דעתי ו/או יעוץ שקיבלתי\* אין הצעה זו עוסקת בניסויים בבני-אדם או בנושאים שיש בהם חשש פגיעה בצנעת הפרט או בעקרון הסודיות הרפואית.

**או לחילופין:**

רצופים בזאת כל האישורים הנחוצים הנוגעים לניסויים בבני-אדם, צנעת הפרט, סודיות רפואית ושאלות אתיות אחרות.

[הערה: אם האישור עדין לא קיים יש לצרף מכתב הסבר ותאריך משוער להגשתו].

* 1. אני מצהיר/ה בזאת כי אינני זקוק לשת"פ עם גורמים נוספים לצורך ביצוע המחקר המוצע וכי כל הכלים והמידע הנחוצים נמצאים ועומדים לרשותי במסגרת המוסד בו יבוצע המחקר.

**או לחילופין:**

רצופים בזאת מכתבי הסכמה חתומים ע"י הגורמים המוסמכים של מוסדות איתם אצטרך לשתף פעולה לצורך ביצוע מחקר.

3. אני מצהיר/ה בזאת כי מדובר במחקר חדש שטרם מנוהל.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **חתימת** **החוקר/ת הראשי/ת** |  | **תאריך** |

1. **מטעם הנהלת המוסד בו עובד החוקר הראשי :**

על סעיף זה יחתום מנהל/ת המוסד או מי שהוסמך מטעמו או הממונה הישיר על החוקר/ת האחראי/ת.

הריני מאשר/ת בזאת כי ה"חוקר האחראי" רשאי ומוסמך להגיש בקשה זו ולבצע את המחקר המוצע.

1. **מטעם הרשות או קרן המחקרים שמנהלת את כספי המענק**
2. הח"מ מורשה מטעם הנהלת המוסד לחתום על 'הסכם חוקר' שיועבר במקרה של זכייה.
3. הצעת התקציב המפורטת בבקשה זו נבדקה ונמצאה תואמת לצרכי המחקר לפי תכנית העבודה.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם מלא** | **תפקיד** | **חתימה וחותמת** | **תאריך** |
|  |  |  |  |