



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دانشکده داروسازی مشهد

فرم طرح پیشنهاد

شماره :

تاریخ :

	عنوان طرح یا پیشنهاد
	شرح وضعیت موجود
	شرح مشکلات فعلی
	راهکارهای پیشنهادی یا طرح ارائه شده
	پیش بینی نتایج اجرای طرح
	زمان لازم برای اجرای طرح
	هزینه اجرای طرح
مشخصات ارائه دهنده طرح	نام و نام خانوادگی : آدرس : تحصیلات : تلفن : سمت :