

1. **ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย** :

2. **ชื่อโครงการ** :

3. **ผู้รับผิดชอบและหรือผู้ร่วมรับผิดชอบ** :

 *(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ – นามสกุล / ตำแหน่ง /สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail ให้ครบถ้วนโดยเป็น ชื่อทีมบริหารที่มีการแต่งตั้งคลินิกฯอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร)*: สำหรับประวัติ/ประสบการณ์ ให้ใส่แต่ผลงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการเป็นเอกสารแนบท้าย

4.**ลักษณะโครงการ** : โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸 ใน 🞏 ที่ต้องการ
 🞏เป็นโครงการต่อเนื่อง (เริ่มดำเนินการปี )

5. **หลักการและเหตุผล** :

 *(คำอธิบายชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการดังกล่าว)*

6. **วัตถุประสงค์** : 1) เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลและให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลทางเทคโนโลยี

 2) เพื่อเป็นตัวกลางและประสานการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีร่วมกันระหว่างเครือข่าย

 3) เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม

ในพื้นที่จังหวัด

 *(คำอธิบาย : โปรดระบุ วัตถุประสงค์หลักข้อใด ข้อหนึ่งหรือทั้ง 3 ข้อข้างต้น และหากมีวัตถุประสงค์มากกว่านี้โปรดระบุเพิ่มเติม)*

7. **กลุ่มเป้าหมาย** :

 *(คำอธิบาย :โปรดระบุ กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ)*

8. **พื้นที่ดำเนินการ** :

 *(อธิบาย :โปรดระบุ จังหวัดที่สถาบันฯที่เป็นคลินิกฯตั้งอยู่และจังหวัดที่มอบหมายให้รับผิดชอบ (ถ้ามี)*

9. **ระยะเวลาดำเนินการ** : เดือนที่เริ่มต้น-จนถึงสิ้นสุด ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

10. **การดำเนินโครงการ** :

 10.1 กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

**กิจกรรม 1) กิจกรรมการให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ช่องทาง/****วิธีการให้บริการ** | **คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีที่มีความเชี่ยวชาญ** **(ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง)** | **รายละเอียดเทคโนโลยี****ที่จะให้บริการ (แบบย่อ)** | **เจ้าของเทคโนโลยี****(ชื่อ/ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์/อีเมล์)** |
| 🞏 โทรศัพท์หมายเลข : ………………………….วัน เวลาทำการ : …………………ชื่อเจ้าหน้าที่ : .…………………….🞏 เว็บไซด์ : ………………………🞏 การบริการนอกสถานที่ (ระบุสถานที่/เรื่องที่ให้บริการ ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง) : 1………………………………………….2………………………………………….3………………………………………….🞏 การประชาสัมพันธ์ช่องทางการรับบริการ (โปรดระบุ) :…………………………………………….…………………………………………….……………………………………………. | 1.  | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**กิจกรรม 2) การประสานงานและบริหารจัดการเครือข่าย**

 โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞏 ที่จะให้บริการ

🞏 การประสานงานภายในสถาบันการศึกษาและกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกเทคโนโลยี

🞏 การประสานงานภายในสถาบันการศึกษาและกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หมู่บ้านแม่ข่าย วท. และสมาชิก อสวท.

🞏 การบริหารจัดการทางด้านการเงิน งบประมาณ การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล

**กิจกรรม 3) การประสานการดำเนินงาน พัฒนาจังหวัดด้าน วทน. ร่วมกัน**

 โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞏 ที่จะดำเนินการ

🞏 รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่เป็น PCSO

🞏 ศูนย์ประสานงานกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประจำภูมิภาค

 10.2 แผนการดำเนินงาน (ตามตารางด้านล่าง)

 (นำกิจกรรมที่จะดำเนินงานใน ข้อ 10.1 มาใส่ไว้ในแผนว่าจะดำเนินการเมื่อไร ใช้เงินเท่าใด)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **2561** | **2562** | **รวม** |
| 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. |
| แผนเงิน |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| แผนงาน *(จำนวนผู้รับบริการ**จะจัดส่งในแต่ละไตรมาส)* |  |  |  |  |  |

11. **ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ** | **ค่าเป้าหมาย** **(หน่วยนับ)** | **ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ** |
| 1. จำนวนผู้รับบริการคำปรึกษาทางเทคโนโลยี(คน) |  | *แบบใบสมัครของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ* |
| 2. จำนวนผู้รับบริการข้อมูลเทคโนโลยี (คน)  |  |
| 3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ |  | *แบบวัดความพึงพอใจและประเมินผลตามแบบฟอร์มของสำนักงานกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ* |

12. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ** (ผลกระทบ : ที่เกิดโดยตรงกับผู้รับบริการและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการ)

(โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸 และระบุผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการมากที่สุดเพียงข้อเดียว)

 🞏 ทางเศรษฐกิจ (ระบุเป็นตัวเลขให้ชัดเจน) : โปรดอธิบาย 🞏 ทางสังคม : โปรดอธิบาย

13. **งบประมาณขอรับการสนับสนุนจาก วท.** จำนวน บาท มีรายการดังนี้
 *(****คำอธิบาย :*** *ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน****เป็นงบตัวคูณ [ราคาต่อหน่วย: จำนวนคน/ครั้ง/วัน/ชิ้น]*** *โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ ตามตัวอย่างด้านล่าง)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ (ตัวอย่าง)** | **วัน/ครั้ง** | **คน** | **อัตรา** | **รวมเงิน (บาท)** |
| 1. ค่าจ้างเหมาบุคคลธรรมดา ช่วยงานวุฒิปริญญาตรีทางวิทยาศาสตร์หรือสาขาใกล้เคียง
2. ค่าเบี้ยเลี้ยง
 | 12 เดือน10 วัน | 1 คน2 คน | 15,000*(รวมประกันสังคม และอื่นๆ)*240 | 180,0004,800 |

14. งบประมาณการบริการทางวิชาการของหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา ที่นำมาร่วมดำเนินงาน(ถ้ามี)

โปรดระบุ.........................................................................บาท

15. **การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล** :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงานและจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO) ที่เว็บไซต์www.clinictech.most.go.th และรายงานฉบับสมบูรณ์ในรูปเอกสารและแนบไฟล์ในระบบ CMO เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ (ภายในวันที่ 30 กันยายน)

( )

ผู้เสนอโครงการ
ตำแหน่ง\*\*
*(\*\* ตำแหน่งในสถาบันการศึกษาและตำแหน่งในการบริหารงานคลินิกเทคโนโลยี)*