

1. **ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย** :

2. **ชื่อโครงการ** :

3. **ชื่อผู้เสนอโครงการและผู้ร่วมโครงการ** :

*(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ – นามสกุล / ตำแหน่ง /สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail)*

*(ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ผลงาน ประสบการณ์การทำงาน ของผู้เสนอโครงกาที่เป็นหัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการให้เป็นเอกสารแนบท้ายโครงการ)*

4.**ความสอดคล้องกับแผนงาน** : 🗹 การวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยี

5.**ลักษณะโครงการ** : โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸 ใน 🞏 ที่ต้องการและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน  
 🞏 5.1 เป็นความต้องการของชุมชน (เกษตรกร แม่บ้านเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม หรือ วิสาหกิจชุมชน โดยได้แนบหลักฐานตามแบบสำรวจความต้องการ (แบบ สส. 002 - 2 (1))

🞏5.2 เป็นข้อเสนอความต้องการของจังหวัด หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสมาชิก อสวท. โดยได้แนบหนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการ (แบบ สส.002 - 2 (2))

🞏5.3 อื่นๆ โปรดระบุ

6. **หลักการและเหตุผล** :

*(ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีวิจัยและพัฒนาต่อยอด โดยแสดงรายละเอียดและสถานภาพปัญหาของเทคโนโลยีเดิม)*

7.**วัตถุประสงค์** :*(ระบุว่าโครงการมุ่งหวังให้บรรลุอะไร หลักๆ ไม่เกิน 3 ข้อ)*

1.

2.

3.

8. **กลุ่มเป้าหมาย** :

*(อธิบาย :โปรดระบุ กลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะเป็นผู้ใช้/รับการถ่ายทอดฯ เมื่อผลงานวิจัยฯ แล้วเสร็จ)*

9. **พื้นที่ดำเนินการ** :

*(อธิบาย :โปรดระบุ พื้นที่ตั้งที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาต่อยอดและพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้เทคโนโลยี)*

10. **ระยะเวลาดำเนินการ** : (วันเริ่มต้น -สิ้นสุดโครงการต้องอยู่ภายในปีงบประมาณวันที่ 1 ตุลาคม 59 - 30 กันยายน 60)

11. **การดำเนินโครงการ** :

11.1 กระบวนการและวิธีการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ มีรายละเอียด ตามหัวข้อ ดังนี้

⮚ ขอบเขตการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

⮚ ความคาดหวังและผลประโยชนที่ได้รับจากการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ

* แผนการถ่ายทอดฯ

11.2 แผนการดำเนินการวิจัยฯ และแผนการถ่ายทอดฯ (ตามตารางด้านล่าง) *โดยสอดคล้องกับ ข้อ 11.1*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **2559** | | | **2560** | | | | | | | | | **รวมเงิน**  **(บาท)** |
| 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. |
| แผนงาน | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| แผนเงิน |  | | |  | | |  | | |  | | |  |

12.**ผลผลิต**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดผลผลิต** | **ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)** | **ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ** |
| 1. ผลงานวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีแล้วเสร็จตามแผน | แล้วเสร็จตามแผน  ภายในปีงบประมาณ | 1. รายงานการวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีฉบับสมบูรณ์ |
| 1. จำนวนผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี (คน) |  | 1. การรายงานความก้าวหน้าในระบบ CMO |
| 1. ร้อยละผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีมีความพึงพอใจผลงานฯ |  |

13. **ผลกระทบ**:*(โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ และแสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่สามารถระบุเป็นตัวเงิน ข้อใดข้อข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ)*

🞏 ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย 🞏 ทางสังคม โปรดอธิบาย

14.**งบประมาณขอรับการสนับสนุน** จำนวน บาท มีรายการ ดังนี้

(*คำอธิบาย :ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน****เป็นงบตัวคูณ [ราคาต่อหน่วย: จำนวนคน/ครั้ง/วัน/ชิ้น]*** *โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ)*

15. **การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล** :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงานและจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO)ที่เวบไซต์www.clinictech.most.go.th และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์พร้อมไฟล์เอกสาร ภายใน 30 วันหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ

( )

ผู้เสนอโครงการ  
ตำแหน่ง\*\*   
*(\*\* ตำแหน่งในสถาบันการศึกษา)*



**แบบสำรวจข้อมูลความต้องการเทคโนโลยี**

**โดย คลินิกเทคโนโลยี**

**ส่วนที่ 1ข้อมูลชุมชน**

1.1 ชื่อชุมชน/หมู่บ้านหมู่ที่ตำบลอำเภอจังหวัด

1.2 ชื่อผู้นำ

1.3 จำนวนสมาชิกในชุมชนครัวเรือน/คน

1.4 อาชีพของสมาชิก

- อาชีพหลัก คิดเป็นร้อยละ

- อาชีพรอง คิดเป็นร้อยละ

- อาชีพเสริม คิดเป็นร้อยละ

1.5 รายได้เฉลี่ย/ เดือน ของสมาชิกและครัวเรือน

🞏น้อยกว่า 5,000 บาท

🞏มากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 10,000 บาท

🞏เกินกว่า 10,000 บาท

1.6 ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพของชุมชน

🞏น้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค🔾มี 🔾 ไม่มี

🞏ไฟฟ้า 🔾มี 🔾 ไม่มี

1.7 อธิบายลักษณะทรัพยากรของชุมชน

1.8 หน่วยราชการที่ดูแลชุมชนในปัจจุบัน

* 1. ผลิตภัณฑ์ของชุมชน(ถ้ามี)

**ส่วนที่ 2ความต้องการเทคโนโลยี**

2.1ชื่อกลุ่ม (ใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ตรงตามสถานภาพของกลุ่มพร้อมชื่อ)

🞏ชื่อชุมชน

🞏ชื่อวิสาหกิจชุมชน

🞏อุตสาหกรรมในครัวเรือน/ขนาดกลาง/ย่อม

ที่อยู่

2.2ชื่อหัวหน้ากลุ่ม/ผู้นำ หมายเลขโทรศัพท์

2.3จำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ต้องการเทคโนโลยี คน(แนบรายชื่อสมาชิกพร้อมที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ)

2.4ประเด็นปัญหา/ ความจำเป็นที่ต้องการเทคโนโลยี หรือความช่วยเหลือทางเทคโนโลยี   
   
2.5 เทคโนโลยีที่ต้องการ หรือปัญหาทางเทคโนโลยีที่ต้องการให้ช่วยเหลือ

ก) ต้องการคำปรึกษา เรื่อง

ข) ต้องการให้ฝึกอบรม เรื่อง

ค) อื่นๆ (ระบุ)

2.6 ความต้องการหรือปัญหาฯตามข้อ 2.5 เคยขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน (ระบุชื่อ)

แต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)

หมายเลขโทรศัพท์

ผู้สำรวจข้อมูล

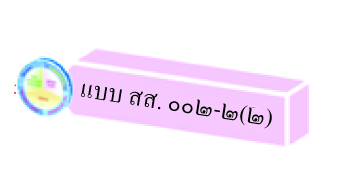
วันที่ / / .

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)

หมายเลขโทรศัพท์

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่ / /



ชื่อหน่วยงาน/ชุมชน

ที่อยู่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอความช่วยเหลือทางวิชาการหรือเทคโนโลยี

เรียน ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.หลักฐานการประชุม การจัดเวทีเสวนา ที่แสดงถึงการได้มาถึงประเด็น

ที่ต้องการขอความช่วยเหลือ(เฉพาะกรณีเป็นความต้องการของสมาชิก

อาสาสมัครวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว) มีความประสงค์ให้กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯช่วยเหลือในเรื่อง . (ระบุประเด็นปัญหา/พื้นที่/จำนวนผู้ได้รับความเดือดร้อน)

และเคยขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน (ระบุชื่อ) เมื่อปี พ.ศ. แต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาโดยชุมชน/จังหวัด/หน่วยงานในท้องถิ่น (ระบุชื่อ) ยินดีจะให้ความร่วมมือและการสนับสนุน(โปรดระบุ ❒ สมทบงบประมาณบางส่วน จำนวน บาท❒ สร้างโรงเรือน

❒ จัดหาเครื่องมือ/เครื่องจักร ❒ สถานที่อบรม ❒ อื่นๆ (โปรดระบุ) โดยหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดติดต่อ(ชื่อ – สกุล) หมายเลขโทรศัพท์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

( )

ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

/สมาชิกอสวท.

**\*\*ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการ**

โทร. ................................................