|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR**  **PROJE YARIŞMASI TESLİM FORMU (KISA ÖZETİ)** | | | | | | |
| **PROJE BİLGİLERİ** | | | | | | |
| **Projenin Adı** | (projenin içeriğini yansıtmalı, 10 kelimeyi geçmemelidir) | | | | | |
| **Projenin Süreci** | (projenin yöntemi, yenilikçi fikrin ne olduğu, uygulamada nasıl kullanılabileceği, proje uygulama takvimi açıklanmalı) | | | | | |
| **Projenin Amacı** | (Net, anlaşılır, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile ilişkisi açıklanmalı, konu ile ilgili uluslararası çalışma varsa açıklanmalı ) | | | | | |
| **Projenin Beklenen Hedefi** | (Ölçülebilir olması tercih edilmeli) sonuç açık, anlaşılır açıklanmalı) | | | | | |
| **Proje Uygulama Basamakları** |  | | | | | |
| **Kurum Onayı:** | (İl Sağlık Müdürlüğü onayı) | | | | | |
| **İletişim Bilgileri (Tüm ekip üyeleri için aşağıdaki alan genişletilerek doldurulacaktır):** | | | | | | |
| **Ad-soyad** | **Ünvan** | **Kurumu** | **Telefon** | **E-Posta** | **Adres** | **İmza** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |