



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ


คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน
โครงการคลินิกเทคโนโลยีการบริการให้คำปรึกษาและ
ข้อมูลเทคโนโลยี

รหัสเอกสาร :SOP_200-06.....

ISSUE :01.....

วันที่บังคับใช้ : 27 ส.ค. 2560

<p>ผู้แทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพ (QMR)</p>  <p>.....</p> <p>(นายพงศ์วิทย์ วุฒิวิริยะ)</p> <p>รองอธิการบดี</p>	<p>ผู้อนุมัติ</p>  <p>.....</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไพศาล บุรินทร์วัฒนา)</p> <p>อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ</p>
---	--

 มทร.สุวรรณภูมิ	คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน โครงการคลินิกเทคโนโลยี การบริการให้คำปรึกษา และข้อมูลเทคโนโลยี	รหัสเอกสาร SOP 200-06	เอกสารควบคุม CONTROLLED COPY DOCUMENT CENTER 27 ส.ค. 2560	เขียนโดย : สถาบันวิจัยและพัฒนา ควบคุมโดย : สำนักคุณภาพการศึกษา อนุมัติโดย : อธิการบดี
---	---	--------------------------	--	---

หน้า 1/6

1. **วัตถุประสงค์** : เพื่อบริการวิชาการให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลทางเทคโนโลยี ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีและนวัตกรรมในพื้นที่จังหวัด
2. **ขอบข่าย** : บริการให้คำปรึกษาและข้อมูลทางเทคโนโลยี
กิจกรรมการจัดฝึกอบรม การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่
3. **เกณฑ์คุณภาพ** : ตามเกณฑ์คู่มือการดำเนินกิจกรรมคลินิกเทคโนโลยี/หมู่บ้านแม่ข่าย
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
4. **เอกสารอ้างอิง** : ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่าย
คู่มือกิจกรรมคลินิกเทคโนโลยี/หมู่บ้านแม่ข่ายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี


5. เอกสารประกอบการทำงาน

ชื่อเอกสารแนบ	รหัสเอกสาร
1. แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการ	FM-SOP 200-06-01
2. แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลเทคโนโลยี	FM-SOP 200-06-02
3. แบบฟอร์มประเมินความพึงพอใจ	FM-SOP 200-06-03
4. แบบฟอร์มติดตามประเมินผล	FM-SOP 200-06-04

6. **คำจำกัดความ** : -


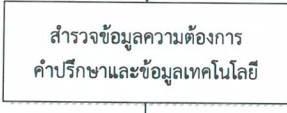

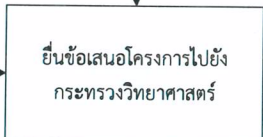
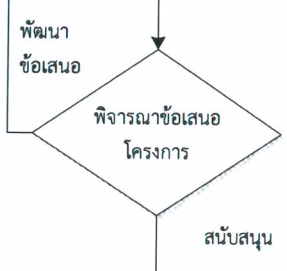

ISSUE : 01

วันที่บังคับใช้ 27 ส.ค. 2560

 มทร.สุวรรณภูมิ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> เอกสารต้นฉบับ คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน โครงการคลินิกเทคโนโลยี การบริการให้คำปรึกษา และข้อมูลเทคโนโลยี </div>	รหัสเอกสาร SOP 200-06	ออกวันที่ 27 ส.ค. 2560	เขียนโดย : สถาบันวิจัยและพัฒนา ควบคุมโดย : สำนักคุณภาพการศึกษา อนุมัติโดย : อธิการบดี
---	---	--------------------------	---------------------------	---

หน้า 2/6

7. ขั้นตอนการทำงาน

ลำดับที่	ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flowchart)	ขั้นตอน	ระยะเวลาดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
					
1	-หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิกเทคโนโลยี		1. หัวหน้าโครงการสำรวจข้อมูลความต้องการ การบริการ คำปรึกษาและถ่ายทอดเทคโนโลยี ของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน	30 วัน	1. แบบสำรวจความต้องการ
2	-หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิกเทคโนโลยี		2. เขียนแผนงานข้อเสนอโครงการ 2.1 หัวหน้าโครงการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมายชุมชน 2.2 เขียนแผนงานข้อเสนอโครงการ/กิจกรรม	7 วัน	1. ข้อเสนอโครงการ
3	-หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิกเทคโนโลยี -กระทรวงวิทยาศาสตร์		3. ยื่นข้อเสนอโครงการไปยัง กระทรวงวิทยาศาสตร์ 3.1 หัวหน้าโครงการจัดทำข้อเสนอโครงการเพื่อเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ 3.2 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ จัดทำหนังสือนำเสนอข้อเสนอโครงการ และส่งข้อเสนอไปยังกระทรวงวิทยาศาสตร์	7 วัน	1. ข้อเสนอโครงการ 4 ชุด CD ข้อมูล 1 แผ่น 2. หนังสือนำเสนอ
4	-กระทรวงวิทยาศาสตร์		4. พิจารณาข้อเสนอโครงการ 4.1 ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พิจารณาข้อเสนอโครงการกรณีข้อเสนอไม่สมบูรณ์ กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ ประสานให้หัวหน้าโครงการปรับปรุงและพัฒนาข้อเสนอ โครงการ		1. ข้อเสนอโครงการ 4 ชุด 2. คะแนนผลการดำเนินโครงการ ปีที่ผ่านมา
					

ISSUE : 01

วันที่บังคับใช้ 27 ส.ค. 2560



มท.สุวรรณภูมิ

คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
โครงการคลินิกเทคโนโลยี
การบริการให้คำปรึกษา
และข้อมูลเทคโนโลยี

รหัสเอกสาร
SOP 200-06

เอกสารควบคุม

27 ส.ค. 2560

ออกวันที่

เขียนโดย : สถาบันวิจัยและพัฒนา
ควบคุมโดย : สำนักคุณภาพการศึกษา
อนุมัติโดย : อธิการบดี

หน้า 3/6

ลำดับ ที่	ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flowchart)	ขั้นตอน	ระยะเวลา ดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
		(A)			
5	-กระทรวงวิทย์ฯ -หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิกฯ	ประสานงานยืนยันการสนับสนุน งบประมาณ	5. การประสานงานยืนยันการสนับสนุนงบประมาณ 5.1 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ ทำหนังสือถึงอธิการบดีขอความ อนุเคราะห์ ลงนามแบบยืนยันการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อลงนาม แบบยืนยันการสนับสนุนงบประมาณ และ แผนการใช้จ่าย งบประมาณ 5.2 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ จัดส่งเอกสารกลับไปยังกระทรวงวิทย์ ฯ	2 วัน	1. หนังสือนำส่ง 2. แบบยืนยันการ สนับสนุนงบประมาณ 3. แผนการใช้จ่าย งบประมาณ
6	-กระทรวงวิทย์ฯ -เจ้าหน้าที่คลินิกฯ -กองคลัง	ยืนยันการโอนเงิน	6. การยืนยันการโอนเงิน เมื่อกระทรวงวิทย์ฯ แจ้งการโอนเงินเข้าบัญชี มหาวิทยาลัย เงินรายได้ 6.1 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ ทำหนังสือยืนยันการโอนเงิน ไปยัง กองคลังเพื่อแจ้งยืนยันการโอนเงิน 6.2 กองคลังทำการออกใบเสร็จรับเงินและส่งยัง กระทรวงวิทย์ฯ	1 วัน	1. หนังสือยืนยัน การโอนเงิน 2. ใบเสร็จรับเงิน
7	-หัวหน้าโครงการ -ผู้อำนวยการ -กองคลัง	เสนอขออนุมัติ โครงการ	7. การขออนุมัติโครงการ 7.1 หัวหน้าโครงการทำหนังสือขออนุมัติโครงการตาม แผนงาน/กิจกรรมที่กำหนด โดยเสนอขออนุมัติโครงการ ถึง อธิการบดี โดยผ่านผู้ช่วยอธิการบดีด้านบริหารวิชาการ/กองคลัง /ผู้ช่วยอธิการบดีด้านงบประมาณ/รองอธิการบดี *กรณีที่มีการส่งชื่อวัสดุต้องขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง หัวหน้าโครงการทำหนังสือขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง/รองผอ. ฝ่ายบริหาร/ผอ.กองคลัง อนุมัติ ออกใบสั่งซื้อ อนุมัติโดยอธิการบดี	7 วัน	1. ข้อเสนอโครงการ 2. หนังสือขออนุมัติ โครงการ 3. หนังสือขออนุมัติ จัดซื้อจัดจ้าง (ถ้ามี)
8	-เจ้าหน้าที่คลินิกฯ -หัวหน้าโครงการ	ปรับปรุง พิจารณาอนุมัติ โครงการ อนุมัติ	8. การพิจารณาอนุมัติโครงการ 8.1 อธิการพิจารณาอนุมัติโครงการ 8.2 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ จัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง *หนังสือเชิญวิทยากร *ใบลงนามผู้เข้าร่วมโครงการ *เอกสารแบบประเมินผลโครงการ *หนังสือขออนุญาตใช้รถราชการ *หนังสือขออนุญาตเดินทางไปราชการ	1 วัน	1. ข้อเสนอโครงการ 2. หนังสือขออนุมัติ โครงการ 3. หนังสือขออนุมัติ จัดซื้อจัดจ้าง (ถ้ามี) 4. หนังสือเชิญวิทยา กรใบลงนามผู้เข้าร่วม โครงการ
		(B)			

ISSUE : 01

วันที่บังคับใช้ 27 ส.ค. 2560



มทร.สุวรรณภูมิ

คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
โครงการคลินิกเทคโนโลยี
การบริการให้คำปรึกษา
และข้อมูลเทคโนโลยี

รหัสเอกสาร
SOP 200-06

เอกสารควบคุม
CONTROL BY
DOCUMENT CENTER
27 ส.ค. 2560

ออกวันที่

เขียนโดย : สถาบันวิจัยและพัฒนา
ควบคุมโดย : สำนักคุณภาพการศึกษา
อนุมัติโดย : อธิการบดี

หน้า 4/6

ลำดับ ที่	ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flowchart)	ขั้นตอน	ระยะเวลา ดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
		B			
9	-หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิก -หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง/คณะ/ กองคลัง	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ดำเนินโครงการ</div>	9. การดำเนินโครงการ 9.1 ดำเนินการทำสัญญาขีมีเงิน 9.2 เจ้าหน้าที่คลินิก/ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/คณะ 9.3 ดำเนินโครงการ 9.4 เจ้าหน้าที่คลินิกทำการประเมินผลโครงการเมื่อจัด โครงการเสร็จสิ้น *ลักษณะการดำเนินโครงการการให้คำปรึกษาข้อมูล เทคโนโลยี มีดังนี้ -การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ -การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่	1-2 วัน	1. เอกสารแบบ ประเมินผลโครงการ 2. เอกสาร ประกอบการฝึกอบรม 3. ใบสำคัญรับเงิน (คำวิทยากร ค่าเบี้ยเลี้ยง) 4. แบบวัดความ พึงพอใจ
10	-เจ้าหน้าที่คลินิก -หัวหน้าโครงการ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">สรุปการเบิกจ่าย ขอใช้งบประมาณ</div>	10. สรุปการเบิกจ่ายขอใช้เงินขีมี 10.1 เจ้าหน้าที่คลินิกดำเนินการเรื่องเอกสาร ขอใช้เงินขีมี(กรณียืมเงิน) ถึงกองคลังภายใน 7 วัน เจ้าหน้าที่คลินิกดำเนินการเรื่องเอกสารสำรองจ่าย(กรณีสำรองจ่าย)ถึงกองคลัง 7 วัน *ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่าย	7 วัน	1. สัญญาขีมีเงิน 2. หนังสืออนุมัติ โครงการ 3. ใบสำคัญรับเงิน 4. หนังสือเชิญ วิทยากร 5. เอกสารรายงาน การเดินทาง การจ่าย เบี้ยเลี้ยง 6. หนังสืออนุมัติเงิน สำรองจ่าย/เงินขีมี
11	-เจ้าหน้าที่คลินิก -หัวหน้าโครงการ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">รายงานผลการดำเนินโครงการ</div>	11. การรายงานผลการดำเนินโครงการ 11.1 เจ้าหน้าที่คลินิก รวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานผล การดำเนินโครงการต่อหัวหน้าโครงการภายใน 30 วัน หลังจากสิ้นสุดการจัดโครงการ	1 วัน	1. เอกสารรายงานผล การดำเนินโครงการ 2. หนังสือรายงานผล การดำเนินโครงการ
12	-หัวหน้าโครงการ -เจ้าหน้าที่คลินิก	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ติดตามประเมินผลกระทบ ของโครงการ</div>	12. การติดตามผลกระทบของโครงการ 12.1 เจ้าหน้าที่คลินิก และหัวหน้าโครงการดำเนินการ ติดตามผลกระทบของโครงการต่อกลุ่มเป้าหมาย/ชุมชน ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว 1-3 เดือน	7 วัน	1. แบบติดตาม ประเมินผลโครงการ
		C			

ISSUE : 01

วันที่บังคับใช้ 27 ส.ค. 2560



มทร.สุวรรณภูมิ

คู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
โครงการคลินิกเทคโนโลยี
การบริการให้คำปรึกษา
และข้อมูลเทคโนโลยี


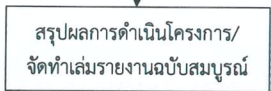
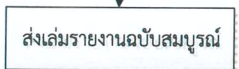
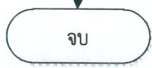
รหัสเอกสาร
SOP 200-06

เอกสารควบคุม

27 ส.ค. 2560

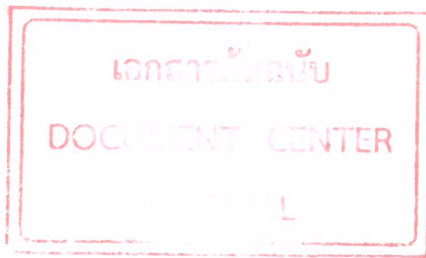
ออกวันที่
เขียนโดย : สถาบันวิจัยและพัฒนา
ควบคุมโดย : สำนักคุณภาพการศึกษา
อนุมัติโดย : อธิการบดี

หน้า 5/6

ลำดับ ที่	ผู้รับผิดชอบ	แผนภูมิสายงาน (Flowchart)	ขั้นตอน	ระยะเวลา ดำเนินการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
					
13	-เจ้าหน้าที่คลินิก -หัวหน้าโครงการ		13. สรุปลงผลการดำเนินโครงการ/จัดทำเล่มรายงานฉบับสมบูรณ์ 13.1 หัวหน้าโครงการ/เจ้าหน้าที่คลินิกฯ จัดทำเล่มรายงานฉบับสมบูรณ์	30 วัน	1. เล่มรายงานฉบับสมบูรณ์
14	-เจ้าหน้าที่คลินิก -หัวหน้าโครงการ		14. การส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ 14.1 เจ้าหน้าที่คลินิกฯ จัดทำหนังสือและส่ง และจัดส่งเล่มรายงานฉบับสมบูรณ์ผ่านใน 15 วัน เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ	1 วัน	1. เล่มรายงานฉบับสมบูรณ์ 3 เล่ม CD ข้อมูล 1 แผ่น 2. หนังสือส่ง
					

ISSUE : 01

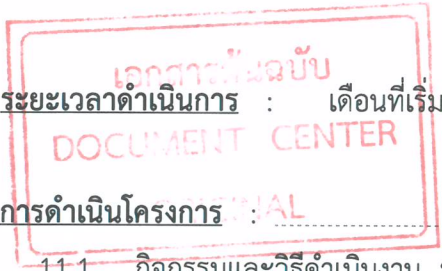
วันที่บังคับใช้..... 27 ส.ค. 2560



แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ งานคลินิกเทคโนโลยีประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

- ◎ แผนงานบริการให้คำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี (แบบ สส. 002-1)
- ◎ แผนงานถ่ายทอดเทคโนโลยี (แบบ สส. 002-2)
 - แบบสำรวจข้อมูลความต้องการเทคโนโลยี(แบบ สส. 002-2 (1))
 - หนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการหรือเทคโนโลยี(แบบ สส. 002-2 (2))

1. **ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย** :
2. **ชื่อโครงการ** :
3. **ผู้รับผิดชอบและหรือผู้ร่วมรับผิดชอบ** :
 (คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ - นามสกุล / ตำแหน่ง / สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail ให้ครบถ้วนโดยเป็นชื่อทีมบริหารที่มีการแต่งตั้งคลินิกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร) สำหรับประวัติ/ประสบการณ์ ให้ใส่แต่ผลงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการเป็นเอกสารแนบท้าย
4. **ความสอดคล้องกับแผนงาน** : การบริการให้คำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี
5. **ลักษณะโครงการ** : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ที่ต้องการ
 เป็นโครงการต่อเนื่อง (เริ่มดำเนินการปี.....)
6. **หลักการและเหตุผล** :
 (คำอธิบายชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการดังกล่าว)
7. **วัตถุประสงค์** :
 - 1) เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลและให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลทางเทคโนโลยี
 - 2) เพื่อเป็นตัวกลางและประสานการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีร่วมกันระหว่างเครือข่าย
 - 3) เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในพื้นที่จังหวัด
 (คำอธิบาย : โปรดระบุ วัตถุประสงค์หลักข้อใด ข้อหนึ่งหรือทั้ง 3 ข้อข้างต้น และหากมีวัตถุประสงค์มากกว่านี้โปรดระบุเพิ่มเติม)
8. **กลุ่มเป้าหมาย** :
 (คำอธิบาย : โปรดระบุ กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ)
9. **พื้นที่ดำเนินการ** :
 (อธิบาย : โปรดระบุ จังหวัดที่สถาบันที่เป็นคลินิกตั้งอยู่และจังหวัดที่มอบหมายให้รับผิดชอบ (ถ้ามี))



10. **ระยะเวลาดำเนินการ** : เดือนที่เริ่มต้น-จนถึงสิ้นสุด ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

11. **การดำเนินโครงการ** :

11.1 กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

กิจกรรม1) กิจกรรมการให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี

การให้บริการ

คำปรึกษา พร้อมชื่อเจ้าของเทคโนโลยี/ความเชี่ยวชาญ

ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง โปรดระบุ

ข้อมูลเทคโนโลยี โปรดระบุ

ช่องทางหรือวิธีการโปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่จะให้บริการ

ทางโทรศัพท์ ระบุหมายเลขโทรศัพท์.....

ช่วงเวลาให้บริการเวลา น. ถึงเวลา น. (วันวันเสาร์ - อาทิตย์)

ชื่อเจ้าหน้าที่ประจำที่ให้บริการ.....

ทางเว็บไซต์ โปรดระบุ URL

การบริการนอกสถานที่ โปรดระบุ

เรื่องที่จะให้บริการ พร้อมชื่อเจ้าของเทคโนโลยี/ความเชี่ยวชาญ ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง โปรดระบุ.....

วิธีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับทราบช่องทางรับบริการ โปรดระบุ

กิจกรรม 2) การประสานงานและบริหารจัดการเครือข่ายโปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่จะให้บริการ

การประสานงานภายในสถาบันการศึกษาและกระทรวงวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกเทคโนโลยี

การประสานงานภายในสถาบันการศึกษาและกระทรวงวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หมู่บ้านแม่ข่าย วท. และสมาชิก อสวท.

การบริหารจัดการทางการเงิน งบประมาณ การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล

กิจกรรม3) การประสานการดำเนินงาน พัฒนาจังหวัดด้าน วทน. ร่วมกัน

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่จะดำเนินการ

รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่เป็น PCSO

ศูนย์ประสานงานกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประจำภูมิภาค

11.2 แผนการดำเนินงาน (ตามตารางด้านล่าง)

(นำกิจกรรมที่จะดำเนินงานใน ข้อ 11.1 มาใส่ไว้ในแผนว่าจะดำเนินการเมื่อไร ใช้เงินเท่าใด)

กิจกรรม	2559				เอกสารควบคุม 2560				รวม			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4				
แผนเงิน	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1.	ORIGINAL											
2.												
3.												
แผนงาน (จำนวนผู้รับบริการ จะจัดส่งในแต่ละไตรมาส)												

12. ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ	ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)	ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ
1. จำนวนผู้รับบริการคำปรึกษาทางเทคโนโลยี(คน)		แบบใบสมัครของสำนักงานปลัด กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ
2. จำนวนผู้รับบริการข้อมูลเทคโนโลยี (คน)		
3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ		แบบวัดความพึงพอใจและ ประเมินผลตามแบบฟอร์มของ สำนักงานกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ

13. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ผลกระทบ : ที่เกิดโดยตรงกับผู้รับบริการและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการ)

(โปรดใส่เครื่องหมาย และระบุผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการมากที่สุดเพียงข้อเดียว)

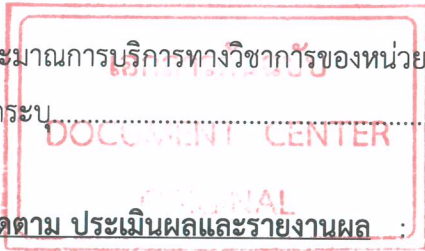
- ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย
- ทางสังคม โปรดอธิบาย

14. งบประมาณขอรับการสนับสนุนจาก วท. จำนวน บาท มีรายการดังนี้

(คำอธิบาย : ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอนเป็นงบตัวคุณ(ราคาต่อหน่วย: จำนวน
คน/ครั้ง/วัน/ชิ้น) โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ ตามตัวอย่างด้านล่าง)

รายการ (ตัวอย่าง)	วัน/ครั้ง	คน	อัตรา	รวมเงิน (บาท)
1. ค่าจ้างเหมาบุคคลธรรมดา ช่วยงาน วุฒิปริญญาตรีทางวิทยาศาสตร์หรือสาขา ใกล้เคียง	12 เดือน	1 คน	15,000 (รวมประกันสังคม และอื่นๆ)	180,000
2. ค่าเบี้ยเลี้ยง	10 วัน	2 คน	240	4,800

15. งบประมาณการบริการทางวิชาการของหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา ที่นำมารวมดำเนินงาน(ถ้ามี)
โปรดระบุ.....บาท



16. การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงานและจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO)ที่เว็บไซต์www.clinictech.most.go.th และรายงานฉบับสมบูรณ์พร้อมไฟล์เอกสาร ภายใน 20 วัน หลังสิ้นสุดปีงบประมาณ

.....
(.....)

ผู้เสนอโครงการ

ตำแหน่ง**.....

(** ตำแหน่งในสถาบันการศึกษาและตำแหน่งในการบริหารงานคลินิกเทคโนโลยี)

1. ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย :
2. ชื่อโครงการ :
3. ชื่อผู้เสนอโครงการและผู้ร่วมโครงการ(ไม่เกิน 3 คน) :

(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ - นามสกุล / ตำแหน่ง / สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail)
(ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ผลงาน ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่เสนอ ของผู้เสนอโครงการที่เป็นหัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการให้แนบเป็นเอกสารแนบท้าย)

4. ความสอดคล้องกับแผนงาน : การถ่ายทอดเทคโนโลยี
5. ลักษณะโครงการ : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ที่ต้องการและกรอกข้อมูลพร้อมหลักฐานตามที่ระบุ
 - 5.1 เป็นโครงการต่อเนื่องที่เคยได้รับการสนับสนุนจากโครงการคลินิกฯหรือโครงการที่เคยถ่ายทอดฯ มาแล้วจากแหล่งทุนอื่น (ปีที่ดำเนินการ.....)
 - แนบผลการดำเนินงานและผลสำเร็จที่ผ่านมาประกอบด้วย
 - 5.2 เป็นโครงการใหม่ (ไม่เคยดำเนินการหรือรับงบประมาณจากแหล่งใด) โดยเป็นโครงการที่...
 - 1) เป็นความต้องการของชุมชน (เกษตรกร แม่บ้านเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม หรือ วิสาหกิจชุมชน หรือ SMEs โดยได้แนบหลักฐานตามแบบสำรวจความต้องการ (แบบ สส. 002 - 2 (1))
 - 2) สมาชิกอาสาสมัครวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (โปรดระบุชื่อผู้นำ)โดยได้แนบหนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการ (แบบ สส. 002 - 2 (2))
 - 3) เป็นข้อเสนอความต้องการของ จังหวัด /ท้องถิ่น (ผ่าน ศวก.1-5)
 - 5.3 เป็นผลงานวิจัยและพัฒนาที่ต้องการและมีพร้อมในการถ่ายทอดฯ

โปรดระบุแหล่งทุน.....ปีที่ได้รับทุน.....

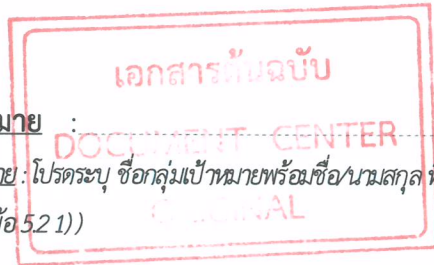
หมายเลขโทรศัพท์แหล่งทุน.....โดย ไม่เคยถ่ายทอดฯ

ถ้าเคยถ่ายทอดฯ ให้ระบุไว้ในข้อ 5.1
6. หลักการและเหตุผล :

(คำอธิบายชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ เช่น ระบุประเด็นหรือที่มาของปัญหา แนวคิดการแก้ไขหรือพัฒนา มีความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่อย่างไร เป็นต้น)

7. วัตถุประสงค์ : (ระบุว่าโครงการมุ่งหวังให้บรรลุอะไร หลัก ๆ ไม่เกิน 3 ข้อ)

 1.
 2.
 3.



8. **กลุ่มเป้าหมาย :**
(คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อกลุ่มเป้าหมายพร้อมชื่อนามสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่เป็นประธานผู้นำกลุ่ม-ชุมชน ที่จะดำเนินการให้ชัดเจนเชื่อมโยงกับข้อ 5.2.1))

9. **พื้นที่ดำเนินการ :**
(คำอธิบาย : โปรดระบุ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่)

10. **ระยะเวลาดำเนินการ :** (วันเริ่มต้น -สิ้นสุดโครงการต้องอยู่ในปีงบประมาณวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560)

11. **การดำเนินโครงการ :**

11.1 กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

คำอธิบายต้องให้ข้อมูล

- บทสรุปของเทคโนโลยีหรือองค์ความรู้ที่จะถ่ายทอดฯ
- คุณสมบัติของผู้รับการถ่ายทอดฯ
- วิธีการถ่ายทอด[หัวข้อความรู้ที่จะให้โดยการบรรยาย การสาธิต การศึกษาดูงาน][หัวข้อทักษะ/ความเชี่ยวชาญ ที่จะฝึกปฏิบัติแต่ละเรื่อง ให้ระบุจำนวนชั่วโมง/ จำนวนวัน/ จำนวนครั้ง พร้อมชื่อวิทยากรและหน่วยงานของวิทยากร]
- สื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดฯ เช่น เอกสารประกอบการบรรยาย เครื่องมือเครื่องจักรในการสาธิต เป็นต้น
- การทดสอบการได้รับความรู้ก่อนและหลัง แผนการติดตาม ให้คำปรึกษา และการติดตามประเมินผลภายหลังการ

11.2 แผนการดำเนินงาน (ตามตารางด้านล่าง) โดยสอดคล้องกับ ข้อ 11.1

กิจกรรม	2559			2560									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.														
4.														
5.														
ผลงาน; (จำนวนผู้รับการถ่ายทอด)														

12. ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ โปรดระบุค่าเป้าหมาย
(โปรดศึกษาในคู่มือฯ ในส่วนของเป้าหมาย / ตัวชี้วัด)



ผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)	ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ
1) จำนวนผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี (คน)		แบบใบสมัคร
2) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับการถ่ายทอดฯ		แบบประเมินผลฯ
3) ร้อยละผู้รับการถ่ายทอดฯ มีการนำไปใช้ประโยชน์		แบบติดตามฯ
4) จำนวนสถานประกอบการที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (แห่ง/ราย)*ดูคำอธิบายในคู่มือฯ		แบบฟอร์มการนำไปใช้ประโยชน์
5) สัดส่วนผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการดำเนินงานคลินิกเทคโนโลยีโครงการเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ	เท่ากับหรือมากกว่า 1	การประเมินจากคณะที่ปรึกษาจากภายนอก

13. ผลที่คาดว่าจะได้รับ** (ผลกระทบ : ที่เกิดโดยตรงกับผู้รับบริการและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการ)

(คำอธิบาย : แสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการทั้งที่ระบุเป็นตัวเงินและไม่สามารถระบุเป็นตัวเงินได้ ศึกษาขอบเขตในคู่มือฯ พร้อมอธิบายให้เข้าใจว่าเกิดอย่างไร)

- ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย
- ทางสังคม โปรดอธิบาย

** จะสัมพันธ์กับข้อ 12

14. งบประมาณขอรับการสนับสนุน จำนวน บาท มีรายการ ดังนี้

(คำอธิบาย : ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอนเป็นงบตัวคูณ [ราคาต่อหน่วย: จำนวนคน/ครั้ง/วัน/ชิ้น] โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ)

* หากมีงบประมาณหรือทรัพยากรอื่น ๆ จากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากกลุ่ม/ชุมชน โปรดระบุไว้ด้วย

15. การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล :

รายงานความก้าวหน้ากับสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ โดยรายงานผลการดำเนินงาน และจัดส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มฯ ที่กำหนด เป็นรายไตรมาส รวมไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยรายงานในระบบติดตามโครงการคลินิกเทคโนโลยีออนไลน์ (Clinic Monitor Online : CMO) ที่เว็บไซต์ www.clinictech.most.go.th และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์พร้อมไฟล์เอกสารภายใน 30 วันหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ (โปรดศึกษาในคู่มือฯ)

16. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการ :

ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมและมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะระบุว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้ง ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมจัดแสดงผลงานคลินิกเทคโนโลยีในงานนิทรรศการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

.....
(.....)

ผู้เสนอโครงการ

ตำแหน่ง**

(** ตำแหน่งในสถาบันการศึกษา)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลชุมชน

- 1.1 ชื่อชุมชน/หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- 1.2 ชื่อผู้นำ.....
- 1.3 จำนวนสมาชิกในชุมชน.....ครัวเรือน/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.....
- 1.9 ผลิตภัณฑ์ของชุมชน(ถ้ามี).....

ส่วนที่ 2 ความต้องการเทคโนโลยี

- 2.1 ชื่อกลุ่ม (ใส่เครื่องหมาย ✓ ให้ตรงตามสถานภาพของกลุ่มพร้อมชื่อ)
- ชื่อชุมชน.....
- ชื่อวิสาหกิจชุมชน.....
- อุตสาหกรรมในครัวเรือน/ขนาดกลาง/ย่อม.....
- ที่อยู่.....
- 2.2 ชื่อหัวหน้ากลุ่ม/ผู้นำ..... หมายเลขโทรศัพท์.....
- 2.3 จำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ต้องการเทคโนโลยี.....คน(แนบรายชื่อสมาชิกพร้อมที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ)
- 2.4 ประเด็นปัญหา/ ความจำเป็นที่ต้องการเทคโนโลยี หรือความช่วยเหลือทางเทคโนโลยี.....

2.5 เทคโนโลยีที่ต้องการ หรือปัญหาทางเทคโนโลยีที่ต้องการให้ช่วยเหลือ

ISSUE : 0๙) ต้องการคำปรึกษา เรื่อง..... FM-SOP 200-06-02

วันที่บังคับใช้) ต้องการให้ฝึกอบรม เรื่อง.....

ค) อื่นๆ (ระบุ).....

2.6 ความต้องการหรือปัญหาตามข้อ 2.5 เคยขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน (ระบุชื่อ).....

.....แต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ

ลงชื่อ..... (ตัวบรรจง)

หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้สำรวจข้อมูล

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... (ตัวบรรจง)

หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่...../...../.....



เอกสารต้นฉบับ
DOCUMENT CENTER
ORIGINAL

เอกสารควบคุม
CONTROLLED COPY
BY
DOCUMENT CENTER

ชื่อหน่วยงาน/ชุมชน
ที่อยู่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความช่วยเหลือทางวิชาการหรือเทคโนโลยี

เรียน ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หลักฐานการประชุม การจัดเวทีเสวนา ที่แสดงถึงการได้มาถึงประเด็น
ที่ต้องการขอความช่วยเหลือ(เฉพาะกรณีเป็นความต้องการของสมาชิก
อาสาสมัครวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว) มีความประสงค์ให้กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ
ช่วยเหลือในเรื่อง..... (ระบุประเด็นปัญหา/พื้นที่/จำนวนผู้ได้รับความเดือดร้อน)
และเคยขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน (ระบุชื่อ)..... เมื่อปี พ.ศ. แต่ ยัง
ไม่ได้รับความช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาโดยชุมชน/จังหวัด/หน่วยงานในท้องถิ่น (ระบุชื่อ) ยินดีจะให้
ความร่วมมือและการสนับสนุนไปรตรระบุ สมทบงบประมาณบางส่วน จำนวน.....บาท สร้างโรงเรียน
 จัดหาเครื่องมือ/เครื่องจักร สถานที่อบรม อื่นๆ (ไปรตรระบุ).....
โดยหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดติดต่อ(ชื่อ - สกุล)..... หมายเลขโทรศัพท์

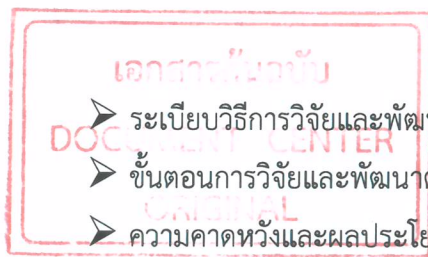
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
/สมาชิกออสวท.
โทร.

} **ให้ขีดฆ่าข้อความ
ที่ไม่ต้องการ

1. **ชื่อสถาบันการศึกษาที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย** :
2. **ชื่อโครงการ** :
3. **ชื่อผู้เสนอโครงการและผู้ร่วมโครงการ** :
 (คำอธิบาย : โปรดระบุ ชื่อ - นามสกุล / ตำแหน่ง / สถานที่ติดต่อ / หมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / e-mail)
 (ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ผลงาน ประสบการณ์การทำงาน ของผู้เสนอโครงการที่เป็นหัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการ
 ให้เป็นเอกสารแนบท้ายโครงการ)
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. โดย
 ได้แนบหนังสือขอความช่วยเหลือทางวิชาการ (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
- ความคาดหวังและผลประโยชน์ที่รับจากการวิจัยและพัฒนาต่อยอดฯ
- 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

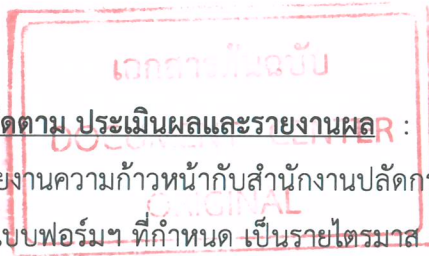
ตัวชี้วัดผลผลิต	ค่าเป้าหมาย (หน่วยนับ)	ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บ
1) ผลงานวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีแล้วเสร็จตามแผน	แล้วเสร็จตามแผนภายในปีงบประมาณ	1) รายงานการวิจัยและพัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีฉบับสมบูรณ์
2) จำนวนผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี (คน)		2) การรายงานความก้าวหน้าในระบบ CMO
3) ร้อยละผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีมีความพึงพอใจผลงานฯ		

13. ผลกระทบ:โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ และแสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่สามารถระบุเป็นตัวเงิน ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ)

- ทางเศรษฐกิจ โปรดอธิบาย.....
- ทางสังคม โปรดอธิบาย

14. งบประมาณขอรับการสนับสนุน จำนวน บาท มีรายการ ดังนี้

(คำอธิบาย :ให้แจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอนเป็นงบตัวคุณ [ราคาต่อหน่วย: จำนวนคน/ครั้ง/วัน/ชิ้น] โดยใช้ระเบียบและอัตราของทางราชการ)



15. การติดตาม ประเมินผลและรายงานผล :

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

.....
(.....)

ผู้เสนอโครงการ

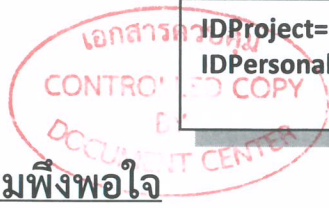
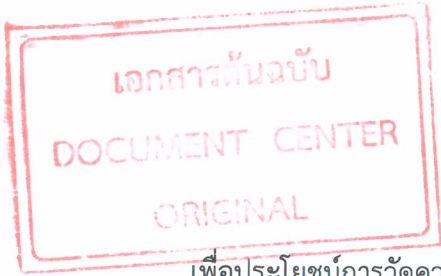
ตำแหน่ง**.....

(** ตำแหน่งในสถาบันการศึกษา)



แบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามและ ประเมินผลคลินิกเทคโนโลยี

- ◎ แบบวัดความพึงพอใจ (แผนงานบริการคำปรึกษา)
- ◎ แบบใบสมัคร
- ◎ แบบประเมินผลเมื่อจบการถ่ายทอดฯ ทันที (แผนงานถ่ายทอดเทคโนโลยี)
- ◎ แบบติดตามประเมินผล



IDProject=
 IDPersonal=
 (Autonumber)

แบบวัดความพึงพอใจ

เพื่อประโยชน์การวัดความพึงพอใจและการปรับปรุงการให้บริการคำปรึกษาและข้อมูลเทคโนโลยี
 ของงานคลินิกเทคโนโลยีจึงใคร่ขอให้ท่านให้ความเห็นตามที่เป็นจริง

ชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ (เพื่อประโยชน์ในการให้บริการ)

ท่านเคยใช้บริการของคลินิกเทคโนโลยี.....

คำถาม.....

วัน/เดือน/ปี (ของคำถาม).....

รายการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ท่านมีความพึงพอใจในคำถามต่อไปนี้เพียงใด					
1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ					
1.1 มีช่องทางการให้บริการที่หลากหลาย					
1.2 การให้บริการขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน					
1.3 การให้บริการมีความสะดวก รวดเร็ว					
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
2.1 ให้บริการด้วยความสุภาพ เต็มใจ ยินดี					
2.2 ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว					
2.3 ให้บริการตอบข้อซักถามปัญหาได้นำเชื่อถือ					
3. ด้านข้อมูล					
3.1 ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
3.2 ข้อมูลมีความถูกต้องตรงความต้องการ					
3.3 ข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์					
4. ภาพรวมความพึงพอใจในการให้บริการ					

5. ท่านคาดว่าจะสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้หรือไม่

- 1 ใช้ประโยชน์ได้ (ตอบข้อ 6 ด้วย) 2 ใช้ประโยชน์ไม่ได้ (ไม่ต้องตอบข้อ 6)

6. การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในลักษณะ

- 1 เพิ่มรายได้ 2 ลดรายจ่าย
 3 คุณภาพชีวิต 4 แก้ปัญหาเทคโนโลยี



IDProject=
IDPersonal=
(Autonumber)

ใบสมัคร

ชื่อโครงการ

วันเวลา สถานที่

คลินิกเทคโนโลยี

เพื่อก่อเกิดประโยชน์ทั้งผู้สมัครที่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและผู้รับสมัครที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลต่อไปนี้หากท่านยินยอมให้ข้อมูลขอให้ท่านกรอกให้ครบถ้วนทุกข้อและลงชื่อโดยคลินิกเทคโนโลยี จะรักษาข้อมูลเป็น ความลับ แต่หากท่านไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชนท่านสามารถไม่กรอกในใบสมัครได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ..... นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (เพื่อประโยชน์ในการให้บริการ)

2. สถานที่ติดต่อ (ระบุบ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน)

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

3. อายุ ปี เต็ม

4. หมายเลขโทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

5. อาชีพหลัก(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> รับราชการ | <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> เกษตรกร | <input type="checkbox"/> โอทอป |
| <input type="checkbox"/> แม่บ้าน | <input type="checkbox"/> พนักงานธุรกิจเอกชน | <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> วิสาหกิจชุมชน |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย | <input type="checkbox"/> อื่นๆ | | |

6. ระดับการศึกษาสูงสุด(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ประถม | <input type="checkbox"/> มัธยมต้น | <input type="checkbox"/> มัธยมปลาย /ปวช. | <input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่นๆ | |

7. รายได้ต่อเดือน (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1,000 บาท | <input type="checkbox"/> 1,001 - 2,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 2,001 - 3,000 บาท | <input type="checkbox"/> 3,001 - 4,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 4,001 - 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001 - 6,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 6,001 - 7,000 บาท | <input type="checkbox"/> 7,001 - 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 8,001 - 9,000 บาท | <input type="checkbox"/> 9,001 - 10,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท(โปรดระบุจำนวน | บาท) |

8.ทราบข่าวครั้งแรกจากแหล่งใด (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> จดหมายเชิญ | <input type="checkbox"/> ทางอินเทอร์เน็ต |
| <input type="checkbox"/> การแนะนำ / คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> ป้ายประกาศโฆษณา |
| <input type="checkbox"/> สื่อสารมวลชน | <input type="checkbox"/> หน่วยงานในท้องถิ่น |
| <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ของรัฐ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

9. ท่านเคยได้รับการอบรม ถ่ายทอดเทคโนโลยี จาก ทางคลินิกเทคโนโลยีนี้หรือไม่

- เคย ไม่เคย

10. ท่านเคยลงทะเบียนคนจนประเภทขาดการอาชีพหรือไม่

1 เคย

2 ไม่เคย

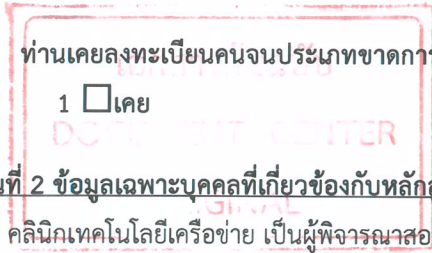
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร

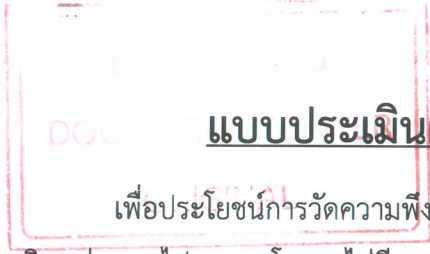
คลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย เป็นผู้พิจารณาสอบถามคุณลักษณะที่เฉพาะต้องการทราบเพิ่มในโครงการดังกล่าว (ถ้าจำเป็น)

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....





IDProject=
 IDPersonal=
 (Autonumber)

แบบประเมินผลเมื่อจบการถ่ายทอดฯ ทันที

เพื่อประโยชน์การวัดความพึงพอใจและการปรับปรุงหลักสูตร จึงใคร่ขอให้ท่านให้ความเห็นตามที่
 เป็นจริง อย่างตรงไปตรงมา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ประเมินแต่อย่างใด

ข้อมูลวัดความพึงพอใจและการปรับปรุงหลักสูตร

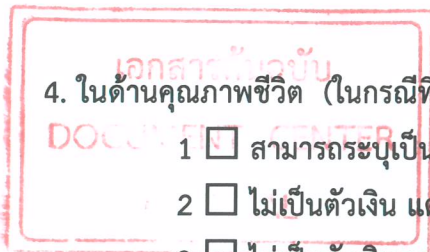
รายการ	ระดับ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ท่านมีความพอใจในคำถามต่อไปนี้ระดับใด					
ข้อมูลวัดความพึงพอใจ					
1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ(เช่น การประกาศรับสมัคร การติดต่อเชิญอบรม การประสานงานและให้ข้อมูล การดูแล และการทำงานอย่างมีขั้นตอน ฯลฯ)					
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (เช่น อธิษาศัยดีเยี่ยมแยมแจ่มใส มีใจในการให้บริการ ฯลฯ)					
3. สิ่งอำนวยความสะดวก(สถานที่อบรม อาหาร เครื่องโสตฯ เอกสารอบรม ฯลฯ)					
ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงหลักสูตร					
4. การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (ใช้ประกอบอาชีพ หรือใช้ในชีวิตประจำวัน)					
5. ความเหมาะสมของเนื้อหาหลักสูตร					
6. ความเหมาะสมของวิทยากร (ความรู้ ความสามารถ เทคนิคการสอน)					
7. ระยะเวลาการอบรม (จำนวนวัน)					
8. ช่วงเวลาการอบรม (วัน/เดือน/ฤดูที่อบรม)					
9. ความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับเวลาและค่าใช้จ่าย(ประโยชน์ที่ได้รับมากกว่าเวลาและค่าใช้จ่ายที่เสียไป)					

10. ท่านคาดว่าจะสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้หรือไม่.

- 1 นำไปใช้ประโยชน์ได้ 2 นำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้

11. ท่าน คาดว่าจะมีรายได้เพิ่มขึ้นกี่บาทรายได้ต่อเดือน (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1 น้อยกว่า 1,000บาท 2 1,001 – 2,000 บาท
 3 2,001 – 3,000 บาท 4 3,001 – 4,000 บาท
 5 4,001 – 5,000 บาท 6 5,001 – 6,000 บาท
 7 6,001 – 7,000 บาท 8 7,001 – 8,000 บาท
 9 8,001 – 9,000 บาท 10 9,001 – 10,000 บาท
 11 มากกว่า 10,000 บาท(โปรดระบุจำนวน บาท)



4. ในด้านคุณภาพชีวิต (ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ให้ข้ามไปข้อ 5)

- 1 สามารถระบุเป็นเงินจำนวน บาทต่อเดือน
- 2 ไม่เป็นตัวเงิน แต่เป็นการนำความรู้ไปใช้ พัฒนาอาชีพ
- 3 ไม่เป็นตัวเงิน แต่เป็นเรื่องความจำเป็นของสังคมหรือสิ่งแวดล้อมส่วนรวม
- 4 ไม่เป็นตัวเงิน แต่สามารถประเมินในด้าน.....

5. ท่านเริ่มนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เมื่อใด

- 1 หลังการอบรมทันที
- 2 หลังการอบรมภายใน 1 เดือน
- 3 หลังการอบรมภายใน 3 เดือน
- 4 หลังการอบรมภายใน 6 เดือน

6. ท่านนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ที่ไหน

- 1 ใช้ในครอบครัว
- 2 ใช้ในชุมชน/กลุ่ม
- 3 ใช้ในที่ทำงาน
- 4 ใช้เมื่อมีโอกาส

7. ท่านนำความรู้ไปขยายผลต่อในด้านใด

- 1 ประยุกต์เป็นองค์ความรู้ใหม่
- 2 เป็นวิทยากรถ่ายทอดเทคโนโลยี/เผยแพร่ต่อ
- 3 ให้บริการ / คำปรึกษา
- 4 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

ส่วนที่ 3 การประเมินผลทั้งโครงการทางเศรษฐศาสตร์โดยเจ้าหน้าที่คลินิกเทคโนโลยี

ประเมินทางเศรษฐศาสตร์ทั้งโครงการ(เทียบกับการลงทุนโครงการ)

สูตรคำนวณผลตอบแทนโครงการ (เท่า) = $\frac{\text{รวมรายได้แต่ละคนหารด้วยจำนวนคน(ทั้งโครงการ)} \times 12 \text{ เดือน}}{\text{ต้นทุนโครงการต่อคน}}$

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

วันที่ เดือน พ.ศ.....



แบบการนำผลงานวิจัยและพัฒนาไปใช้ประโยชน์



ชื่อกลุ่ม.....

ที่อยู่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง การนำผลงานวิจัยและพัฒนาไปใช้ประโยชน์

เรียน ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีร่วมกับสถาบันการศึกษา/หน่วยงานที่เป็นคลินิกเทคโนโลยีเครือข่าย ดำเนินการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีจากผลงานวิจัยและพัฒนา ให้แก่ชุมชน วิสาหกิจชุมชน และอุตสาหกรรมในครัวเรือน/ขนาดเล็กหรือย่อยม นั้น

ข้าพเจ้า.....

ประธานกลุ่ม/ผู้นำชุมชน.....และสมาชิกกลุ่ม/ชุมชน จำนวนคน

(จำนวน คน) ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี เรื่อง.....

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ..... จากมหาวิทยาลัย/หน่วยงาน

.....ซึ่งกลุ่มสามารถนำความรู้/เทคโนโลยีที่ได้รับการถ่ายทอดไป

ใช้ประโยชน์ เช่น เพิ่มรายได้ ลดค่าใช้จ่าย ได้มาตรฐาน).....

กลุ่ม/ชุมชน.....ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานกลุ่ม / ตัวแทนกลุ่ม

หมายเลขโทรศัพท์.....