**附件一、提案計畫書**

**提案計畫書撰寫說明**

1. 計畫書應以中文撰寫。
2. 請以A4規格紙張直式橫書（由左至右），並編頁碼。
3. 請依計畫書格式之目錄架構撰寫，請勿刪除任一項目。
4. 表格長度如不敷使用時，請自行調整。
5. 各項資料應注意前後一致，按實編列或填註。

112年

智慧健康應用試煉場域推廣專案

提案計畫書

提案機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（全銜）

協同機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（全銜）

解決方案名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請自行填寫）

**112年智慧健康應用試煉場域推廣專案**

**提案計畫書審查意見及回復說明**

**※申請中計畫未進行審查，免填本表※**

提案機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

協同機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

解決方案名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

審查委員內容修正意見：　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 計畫書審查綜合意見 | 修正回復說明 | 修正頁碼 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

註1：請將本表附加於計畫書目錄前。

註2：計畫書內容與如有不同或有修正處均須列出，並將修正文字以**粗體+底線**表示。

**112年智慧健康應用試煉場域推廣專案**

**綜合資料表**

| **提案機構** |  |
| --- | --- |
| **專案主持人** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** |  **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **聯絡窗口** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** |  **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **協同機構** |  |
| **聯絡窗口** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** |  **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **解決方案名稱** |  |
| **醫藥器材許可字號** | □無 □有，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **應用場域** | (科別/醫療照護作業流程) |
| 是否為**孕產兒照護**或**淨零排放**相關智慧健康照護應用之解決方案□否 □是（□孕產兒照護；□淨零排放） |
| **創新科技類別** | □人工智慧/類神經網路/深度學習　□物聯網應用　□穿戴式感測器□結合4G或5G等行動通訊技術　□其他，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**目錄**

1. 團隊簡介
	* 1. 提案機構
		2. 協同機構
2. 計畫內容與實施方法
	* 1. 背景說明
		2. 應用場域及情境描述
		3. 解決方案之成熟度及實際商用化情形
		4. 執行方式
		5. 預定計畫進度
		6. 預期效益
3. 執行團隊說明
4. 附件
	* 1. 共同提案意願書
		2. 提案機構設立或登記證明
		3. 協同機構設立或登記證明
		4. 其他（請列述之）

\*目錄需標示頁碼

* 1. 團隊簡介
		1. 提案機構
			1. 機構簡介
			2. 導入創新科技應用現況概述（如：IoT、機器人或AI等智慧醫療/健康解決方案應用）
		2. 協同機構
			1. 機構簡介
			2. 研發創新科技應用現況概述（如：IoT、機器人或AI等智慧醫療/健康解決方案應用）
			3. 近2年經營狀況：

*說明機構內現有智慧醫療（健康）解決方案項目之應用現況（無者免填並於表格中備註「無」）*

| 主要智慧醫療（健康）解決方案 | 是否已商品化 | 是否已取得TFDA | 導入應用之機構 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | □否□是 | □否□是，許可證字號：　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| 2 |  | □否□是 | □否□是，許可證字號：　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| 3 |  | □否□是 | □否□是，許可證字號：　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| … |  |  |  |  |

* 1. 計畫內容與實施方法
		1. 背景說明（如：醫療服務現狀描述、場域需求與問題分析等）

*應具體列出提案機構需求或擬解決之問題*

* + 1. 應用場域及情境描述

*依智慧醫療（健康）解決方案之應用情境說明（可輔以情境示意圖）。*

*應明確說明導入創新科技模式與傳統方式之差異性，須包含功能規格或服務模式等。*

* + 1. 本案創新科技之成熟度及實際商用化情形

*應明確說明該創新科技之成熟度（須提供技術成熟度質化與量化指標），及其於國內外實際應用情形（含非醫療場域應用）。*

* + 1. 執行方式

*應明確說明本計畫說所有工作項目、相關執行步驟/方法、是否申請IRB。*

* + 1. 預定進度

| 月份工作項目 | 112年 |
| --- | --- |
| 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. 預期效益

*概述透過創新科技模式之導入，確實解決醫療痛點之實質成果，包括直接效益與衍生效益（執行本計畫其他所需協助事項或未來於國內擴散與永續營運模式）*

* 1. 執行團隊說明

*參與計畫專業人員簡歷表（含專職及兼職人員，且提案機構及協同機構均應分別填列）*

* + 1. 提案機構

| 編號 | 姓名 | 職稱 | 參與本計畫內容及執行項目 | 曾執行相關計畫經驗 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

* + 1. 協同機構

| 編號 | 姓名 | 職稱 | 參與本計畫內容及執行項目 | 曾執行相關計畫經驗 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

* 1. 附件