

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: صدور مجوز آموزشگاههای بهداشت اصناف		2- شناسه خدمت 1642572102	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان/معاونت بهداشت		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت : صدور مجوز آموزشگاههای بهداشت اصناف		
	نوع خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)	متقاضیان تاسیس آموزشگاه بهداشت اصناف
	ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی	<input type="checkbox"/> تصدی گری
	سطح خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> ملی	<input type="checkbox"/> منطقه ای
	رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایات <input type="checkbox"/> کسب و کار	<input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> استانی
		<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
	نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه ...	<input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت	- طبق فراخوان انجام شده در سایت معاونت بهداشت	
	قوانین و مقررات بالادستی	- دستور عمل تاسیس و فعالیت آموزشگاه بهداشت وزارت بهداشت ماده ۴۱ آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی	
	5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> (متفاوت))
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:		حداکثر یک ماه	
تواتر		یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> ((سه سال یک مرتبه)) <input type="checkbox"/> 1 الی 2 بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعدادبار مراجعه حضوری		حداقل 2	
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی
6- نحوه دسترسی به	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
	مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت



است، استعمال توسط:	دسته‌ای (Batch)	برخط online	(در صورت پرداخت هزینه)	مورد تبادل	دیگر	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
مراجعه متصدیان به آموزشگاه اصناف و درخواست ثبت نام و همچنین ارائه مدارک						
مشخص نمودن میزان ساعت های کلاس و همچنین حضوری یا غیر حضوری بودن کلاس ها توسط رئیس آموزشگاه اصناف						9- عناوین واریزهای
شرکت متصدی در آزمون پایان دوره						
صدور گواهینامه بهداشت اصناف						
10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت						
واحد مربوط: گروه سلامت محیط		پست الکترونیک:		تلفن: 34476062 -داخلی 204		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کارشناس بهداشت محیط