

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان فرآیند فرآیند طب کار		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)						
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان/ معاونت بهداشت							
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی							
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت	طب کار						
	نوع خدمت	<input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)						
	ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی						
	سطح خدمت	ملی <input type="checkbox"/>	منطقه ای <input type="checkbox"/>	استانی <input checked="" type="checkbox"/>	شهری <input type="checkbox"/>	روستایی <input type="checkbox"/>		
	رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد	<input type="checkbox"/> آموزش	<input checked="" type="checkbox"/> سلامت	<input type="checkbox"/> لیات	<input type="checkbox"/> کسب و کار	<input type="checkbox"/> تامین اجتماعی	<input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
		<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 type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص	<input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص				
		<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه	<input type="checkbox"/> سایر: ...					
	مدارک لازم برای انجام خدمت	کارت شناسایی خدمت گیرنده و تقاضای کتبی عکس دار سیستم درخواست دهنده						
	قوانین و مقررات بالادستی	قوانین وزارت کار و امور اجتماعی و نیز وزارت بهداشت جهت تعیین سلامت کارکنان و کارگران						
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> روز					
		متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	سالانه					
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> روز <input type="checkbox"/> بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال						
تعداد بار مراجعه حضوری								
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک				
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن							
	http://phcservice.mui.ac.ir/dashbord/							
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:			آن:				
	مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت					
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)						

<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"/>					
۱. دریافت درخواست بازدید از آزمایشگاه خصوصی از طرف واحد بهداشت حرفه ای							۹- عناوین فرایندهای
۲. مراجعه کارشناس آزمایشگاه به واحد درخواست دهنده							
۳. ارزیابی بر اساس چک لیستهای نظارتی مربوطه و انطباق با دستورالعملهای انجام آزمایشات طب کار							
۴. نتیجه بازدید و اینکه آزمایشگاه متقاضی صالحیت انجام آزمایشات طب کار را دارد یا ندارد و گزارش آن به واحد بهداشت							
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: آزمایشگاه	پست الکترونیک Mahshidshaki ba16@yahoo. :com	تلفن: ۰۳۱۴۴۷۶۰۶۰ داخلی ۳۵۹	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور				