

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: برگزاری کلاسهای آموزشی در حیطه طب ایرانی جهت گروه پزشکان و پیراپزشکان		۲- شناسه خدمت:	
نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان/معاونت درمان			
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
شرح خدمت		برگزاری کلاسهای آموزشی در حیطه طب ایرانی جهت گروه پزشکان و پیراپزشکان	
نوع خدمت		<input checked="" 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 type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری	
سطح خدمت		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی	
رویداد مرتبط با:		<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> لیات <input checked="" 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"/> دواج <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"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
مدارک لازم برای انجام خدمت		جهت گروه پزشکان و پیراپزشکان مدرک تحصیلی دانشگاهی معتبر	
قوانین و مقررات بالادستی		تعیین شاخص ها و سنجه های آموزشی	
آمار تعداد خدمت گیرندگان		گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>	
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:			
تواتر (برگزاری جلسات بررسی)		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یک بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعدادبار مراجعه حضوری			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
		<input type="checkbox"/> طبق تعرفه وزارتخانه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن ندارد			
www.ta.mui.ac.ir			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: ندارد			
مرحله خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	
		مراجعه حضوری	
مراجعه به دستگاه:		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	

۳- ارائه دهنده خدمت

۴- مشخصات خدمت

۵- جزئیات خدمت

۶- نحوه دسترسی به خدمت

<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ارسال صورتجلسه فعالیت پزشکان عمومی و متخصص در بخش خصوصی	-	سازمان نظام پزشکی
<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"/>		-	-	-
وصول درخواست های ارسالی از مراکز درمانی خصوصی						
جمع آوری، بررسی و تجزیه و تحلیل درخواست های واسله و سایر مدارک مورد نیاز						
تحلیل وضعیت پزشکان شاغل در مرکز درمانی متقاضی						
برگزاری جلسه با مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی درمانی						
برگزاری جلسه با سازمان نظام پزشکی						
اعلام موافقت/عدم موافقت با فعالیت پزشک متقاضی با مرکز درمانی						
ارسال صورتجلسه کمیته مشترک درمان و سازمان نظام پزشکی به آن سازمان جهت پیگیری ادامه کار						
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت						
واحد مربوط: اداره نظارت طب سنتی	پست الکترونیک: negartahani@yahoo.com		تلفن: ۰۳۱- ۳۶۶۱۹۶۶۱ داخلی: ۲۹۹	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمیه طحانی (کارشناس اداره طب سنتی)		