

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان فرآیند برنامه عملیاتی		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		دریافت نمونه های مشکوک به سل سرخک، سرخجه، سرخجه مادرزادی، سیاه سرفه، دیفتری و بوتولسم
	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 <input 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 type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت		<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...
	قوانین و مقررات بالادستی		چک لیست های نظارتی شناسنامه تجهیزات دستورالعمل وزارتخانه
	۵- جزئیات خدمت		۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/> روز متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ماهانه تواتر: <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> روز <input type="checkbox"/> بار در: ماه فصل 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	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	
رسانه ارتباطی خدمت <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 (با ذکر نحوه دسترسی)			

		<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 <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)...				در مرحله درخواست خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی).....اتوماسیون اداری				مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		
				ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیر 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 کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)				در مرحله ارائه خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		
استعلام غیر الکترونیکی		استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر		۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه
	برخط online	دستهای (Batch)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی برخط online دستهای (Batch)		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاهها

<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"/>					
<p>1. ارسال فایل‌های برنامه عملیاتی از وزارتخانه به معاونت بهداشتی</p>							<p>معاونین فرایندهای</p> <p>۹- •</p>
<p>2. ارسال کلیه فایلها در زمانبندی مشخص به مسولین واحد شبکه بهداشتی</p>							
<p>3. تکمیل فایلها توسط شبکه ها و ارجاع به کارشناس معاونت بهداشتی</p>							
<p>4. بررسی فایلها توسط کارشناس از نظر تطابق با دستورالعمل وزارتخانه</p>							
<p>5. جمع بندی نهایی و بارگذاری در سایت وزارتخانه</p>							
<p>۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت</p>							
<p>واحد مربوط: آزمایشگاه</p>	<p>پست الکترونیک Mahshidshaki ba16@yahoo. :com</p>	<p>تلفن: ۰۳۱۴۴۷۶۰۶۰ داخلی ۳۵۹</p>	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور</p>				