

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱. عنوان خدمت: برنامه واکسیناسیون گروه های هدف		۲. شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود)		
۳. ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان			
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
۴. مشخصات خدمت	شرح خدمت: واکسیناسیون یکی از مهمترین مداخلات در سیستم بهداشت تلقی می گردد با هدف ارتقاء سالمی و کاهش مرگ و میر و ابتال به بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن می باشد.			
	نوع خدمت:	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input 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 type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input checked="" type="checkbox"/> روستایی	
	رویداد مرتبط با	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش	<input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> سلامت	<input type="checkbox"/> ثابت مالکیت <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی
		<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه	<input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدرک و گواهینامه ها	<input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> وفات
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص		
		<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input checked="" type="checkbox"/> سایر:		
	مدارک لازم برای انجام خدمت	کارت شناسایی - کارت واکسیناسیون		
	قوانین و مقررات بالادستی	دستورالعمل ابلاغ شده از وزارت		
آمار تعداد خدمت گیرندگان	۱۰۰ درصد خدمت گیرندگان در <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال			
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	سه ماه			
تواتر	<input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یکبار در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری	حداقل ۶ بار یکبار			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت به صورت الکترونیک	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

۵. جزئیات خدمت

نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:

مرحله خدمت		نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر 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)	
				مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
در مرحله درخواست خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <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)	
				مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند 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)	
				جهت استعلام از سوابق بانک های اطلاعاتی	
در مرحله ارائه خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <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)	
				مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	

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 checked="" type="checkbox"/> سایر: عدم نیاز به مراجعه حضوری	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی
---	--	------------------------	---

استعلام غیرالکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر	۷. ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی، در دستگاه
	دسته ای (Batch)	پرخط online			
<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 غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸. ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر
	دسته ای (Batch)	پرخط online					
<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"/>					

۹. عناوین فرآیندها،

۱۰. نمودار ارتباطی فرآیندهای خدمت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهندس رضا عسکری	تلفن ۳۴۴۸۵۶۵۹	پست الکترونیک: askarymotlagh7@gmail.com	واحد مربوط: مبارزه با بیماریها ی واگیر
---	---------------	---	---

