

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		۱- عنوان خدمت: صدور مجوز فعالیت دندانپزشکان و حرف وابسته	
نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (معاونت درمان)		۳- ارائه دهنده خدمت	
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی			
شرح خدمت این فرآیند جهت استفاده گروه دندانپزشکی و رشته های مرتبط با دندانپزشکی در خصوص کسب منفعت از سوابق موجود جهت ارائه به مراجع ذیربط.		۴- مشخصات خدمت	
نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input checked="" type="checkbox"/> لیات <input checked="" type="checkbox"/> سب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input checked="" type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input checked="" type="checkbox"/> ارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input checked="" type="checkbox"/> سایر	
نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		مدارک لازم برای انجام خدمت مدارک حرفه ای قوانین و مقررات بالادستی آمار تعداد خدمت گیرندگان: ۳۰ خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ه <input type="checkbox"/> صل <input type="checkbox"/> بال متوسط مدت زمان ارائه خدمت: یک ساعت تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال تعداد بار مراجعه حضوری: یک بار در صورت کال نبودن مدارک و گواهی های لازمه نیاز به مراجعه جدد دارد.	
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان - - -		۵- جزئیات خدمت	
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: ----- -----		۶- نحوه دسترسی به خدمت	
مرحله خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> ایترنتی (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"/> <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	

		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> ود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی				<input checked="" 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"/> عنوانین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله درخواست خدمت	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<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		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی				<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		جهت استعلام از سوابق بانکهای اطلاعاتی			
		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی				<input checked="" 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"/> عنوانین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله ارائه خدمت	
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<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		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی برخط online دسته‌ای (Batch)		استعلام غیر الکترونیکی	
		سامانه سازمان نظام پزشکی کل				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		نام دستگاه دیگر		فیلدهای مورد تبادل		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:	
								<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	
								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده							
<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده							
استفاده جهت اخذ مدرک دانشنامه							۹- معاونین فرایندهای خدمت
استفاده جهت ارائه به سازمانهای بیمه گر							
استفاده جهت کسب و کار							
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: اداره دندانپزشکی		پست الکترونیک:		تلفن: ۳۶۶۱۹۶۶۲		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهدی مالکی (کارشناس) دکتر سیدمحمد سجادی (مسوول)	