

بسمه تعالی  
فرم شناسنامه خدمت دستگاه

1- عنوان خدمت: صدور مجوز آموزشگاههای بهداشت اصناف	2- شناسه خدمت 16042572102	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		
	شرح خدمت	پس از بررسی مدارک متقاضیان تاسیس آموزشگاه بهداشت اصناف و در صورت کسب امتیاز لازم، مجوز آموزشگاه بهداشت اصناف صادر می گردد
	نوع خدمت	<input 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 checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری
	سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> تانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی
	رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> امت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> ثابت مالکیت <input type="checkbox"/> آموزش
	نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> خداداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...
	مدارک لازم برای انجام خدمت	متقاضی باید درخواست کتبی خود را به انضمام مدارک لازم شامل فرم شماره 1، فتوکپی و تاییدیه مدرک تحصیلی، فتوکپی شناسنامه، فتوکپی کارت ملی، دوقطعه عکس 3×4، و گواهی عدم سوء پیشینه و تاییدیه فردی از نیروی انتظامی و مدارک مورد نیاز مطابق فرم شماره 1 و 2 به مرکز بهداشت شهرستان تحویل نماید. در صورتیکه تعداد متقاضیان بیش از نیاز منطقه باشد، مدارک و شرایط آنها طبق جدول امتیازبندی (فرم شماره 1) در کمیته بررسی مدارک مورد بررسی قرار گرفته و فرد یا افرادی که امتیاز بیشتری کسب نمایند، مورد پذیرش قرار می گیرند. مرکز بهداشت شهرستان / شبکه بهداشت و درمان فرم بررسی مدارک را تکمیل نموده و به همراه گواهی عدم سوء پیشینه و فرم شماره 2 به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارسال می نماید. در مرحله دوم بخش ب فرم بررسی مدارک (فرم شماره 2) توسط مرکز بهداشت شهرستان تکمیل و به همراه کپی گواهی صلاحیت انتظامی مکان آموزشگاه از اماکن عمومی نیروی انتظامی محل به معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارسال می گردد. پس از معرفی قطعی مکان آموزشگاه، معاونت بهداشتی مدارک را بررسی نموده و در صورت صحت شرایط، مبادرت به صدور پروانه با اعتبار 3 سال نماید. (طبق فرم شماره 3)
	قوانین و مقررات بالادستی	مستندات قانونی: آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده 13 قانون مواد خوردنی، آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی - دستور عمل تاسیس و فعالیت آموزشگاه اصناف
	آمار تعداد خدمت گیرندگان	2 نفر هر سه سال یکبار خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت:	یک ماه
	5- جزئیات خدمت:	

4- مشخصات خدمت

5- جزئیات خدمت:

تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه سه سال یکبار		... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> صل	
تعدادبار مراجعه حضوری					
هزینه آرایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ(مبالغ)		شماره حساب (های) بانکی	
		1500000		4001033103014256	
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:					
-----					
مراحل خدمت		نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input 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 کوتاه <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
در مرحله درخواست خدمت		<input 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(باذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند دستگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی)	
		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> جهت بررسی مدارک و استعلامات	

		<input 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 <input type="checkbox"/> تاه <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				
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه <input type="checkbox"/> مربوطه <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری				
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل			نام سامانه های دیگر		7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه
	برخط online	دستی (Batch)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کد شناسایی،					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کد شناسایی،					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر	نام دستگاه دیگر	8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر
		برخط online	دستی (Batch)					
<input type="checkbox"/> دستگاه		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<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"/>	<input type="checkbox"/>					
9- عناوین فرایندهای								
10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت								
واحد مربوطه: گروه سلامت محیط		پست الکترونیک: mbo_eh@kums.ac.ir		تلفن: 37257801	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سهیلا رستمی			