

بسمه تعالی
فرم شناسنامه خدمت دستگاه

1- عنوان خدمت: صدور مجوز فعالیت دفاتر سلامت		2- شناسه خدمت 16062571000		
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: معاونت امور بهداشتی			
	نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه			
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت پس از اعلام قطعی قبول شدگان اصلی و ذخیره در آزمون کتبی و مصاحبه حضوری دفاتر خدمات سلامت کلیه مدارک لازم جهت صدور پروانه از متقاضیان اخذ و پروانه با امضای معاونت امور بهداشتی و به مدت یکسال جهت ایشان صادر می گردد.			
	نوع خدمت ☐ خدمت به شهروندان (G2C) ☒ خدمت به کسب و کار (G2B) ☐ خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)			
	ماهیت خدمت ☒ حاکمیتی ☐ تصدی گری			
	سطح خدمت ملی ☐ منطقه ای ☐ استانی ☒ شهری ☐ روستایی ☐			
	رویداد مرتبط با: تولد ☐ آموزش ☐ سلامت ☒ مالیات ☐ کسب و کار ☒ تامین اجتماعی ☐ ثبت مالکیت ☐			
	تأسیسات شهری ☐ بیمه ☐ ازدواج ☐ زنشستگی ☐ ارک و ☐ گواهینامه ها ☐ وفات ☐ سایر ☐			
	نحوه آغاز خدمت ☒ تقاضای گیرنده خدمت ☒ فرارسیدن زمانی مشخص ☐ رخداد رویدادی مشخص			
	تشخیص دستگاه ☐ سایر: ... ☐			
	مدارک لازم برای انجام خدمت تاییدیه قبولی در آزمون کتبی و مصاحبه مدیر دفتر از طرف وزارتخانه-درخواست کتبی مدیر دفتر به معاونت بهداشتی جهت صدور پروانه-آزمایش اپیوم-فرم سوء پیشینه-مدرک تحصیلی مدیر دفتر-کپی شناسنامه و کارت ملی-تعهدنامه محضری مبنی بر عدم اشتغال در موسسات دولتی و خصوصی-گواهی تمکن مالی-2 قطعه عکس			
	قوانین و مقررات بالادستی مستندات قانونی: دستورالعمل ایجاد و بهره برداری از دفاتر خدمات سلامت			
	5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان 6. نفر . خدمت گیرندگان در: ☐ م ☐ فصل ☐ سال		
		متوسط مدت زمان ارائه خدمت: یک هفته		
تواتر ☐ یکبار برای همیشه ... بار در: ☐ ه ☐ فصل ☐ سال 1 بار				
تعداد بار مراجعه حضوری				
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان				
مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک				

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	الکترونیکی ☐	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ ارسال پستی ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ پیام کوتاه ☐ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	غیر الکترونیکی ☐	ذکر ضرورت مراجعه حضوری ☐ جهت احراز اصالت فرد ☒ جهت احراز اصالت مدرک ☐ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب ☐ سایر: مراجعه به دستگاه: ☐ ملی ☒ استانی ☐ شهرستانی	
در مرحله درخواست خدمت	الکترونیکی ☐	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ ارسال پستی ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ پیام کوتاه ☐ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: ☐ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان ☐ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	غیر الکترونیکی ☐	ذکر ضرورت مراجعه حضوری ☐ جهت احراز اصالت فرد ☒ جهت احراز اصالت مدرک ☐ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب ☐ سایر: مراجعه به دستگاه: ☐ ملی ☒ استانی ☐ شهرستانی	
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	الکترونیکی ☐	☐ اینترنتی (مانند دستگاه دستگاه) ☐ اینترنتی ☐ پست الکترونیک ☐ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	غیر الکترونیکی ☐	ذکر ضرورت مراجعه حضوری جهت بررسی مدارک فرد	
در مرحله ارائه خدمت	الکترونیکی ☐	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ ارسال پستی ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ پیام کوتاه ☐ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: ☐ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان ☐ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	غیر الکترونیکی ☐	ذکر ضرورت مراجعه حضوری ☐ جهت احراز اصالت فرد ☒ جهت احراز اصالت مدرک ☐ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب ☐ سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه مراجعه به دستگاه: ☐ ملی ☒ استانی ☐ شهرستانی	
نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی استعلام

غیر الکترونیکی	دسته‌ای (Batch)	برخط online							
			کد شناسایی،						
			کد شناسایی،						
اگر استعمال غیرالکترونیکی است، استعمال توسط:		استعمال الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه‌های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	8- ارتباط خدمت با سایر دستگاه‌های دیگر	
		برخط online دسته‌ای (Batch)	دسته‌ای (Batch)						
									☐ دستگاه ☐ مراجعه کننده
									☐ دستگاه ☐ مراجعه کننده
☐ دستگاه ☐ مراجعه کننده		☐	☐						
9- عنوان فرایندهای									
صدور پروانه فعالیت دفاتر خدمات سلامت									
10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت									
واحد مربوط: گروه سلامت محیط		پست الکترونیک: mbo_eh@kums.ac.ir		تلفن: 37257801	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سهیلا رستمی				