

بسمه تعالی
فرم شناسنامه خدمت دستگاه

1- عنوان خدمت: پایش بیماریهای واگیر		2- شناسه خدمت 16042575100	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی		
	نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت پیشگیری، شناسایی و کنترل بیماریهای واگیر		
	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 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 type="checkbox"/> ایات <input type="checkbox"/> سب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک 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"/> تعداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت دستورالعمل وزارتخانه		
	قوانین و مقررات بالادستی مستندات قانونی: دستورالعمل وزارتخانه		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان تعداد خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال 2000000		
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: 30 دقیقه		
5- جزئیات خدمت	تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> ... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
	تعدادبار مراجعه حضوری		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> رایگان <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	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: پورتال بیماریهای واگیر وزارت بهداشت		
6- 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 checked="" 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"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> ود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر:
مراجعه به دستگاه:		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	

		<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 (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله درخواست خدمت	
غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		مراجع به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	
		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	
		جهت استعلام از سوابق بانکهای اطلاعاتی		غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
		<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 ارائه خدمت	
		<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: نیاز به وجود سامانه مربوطه		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
مراجع به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی					
نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی برخط online دستی (Batch)	
سامانه سیب		کد شناسایی،		استعلام غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/>	
سامانه سل		کد شناسایی،		<input type="checkbox"/>	
سامانه آفلونزا				<input type="checkbox"/>	
نام دستگاه دیگر		نام سامانه های دستگاه دیگر		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	
		فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی برخط online دستی (Batch)	
				<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	
				<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	
				<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	
9		8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر			
-					

10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت			
واحد مربوط: بیماریهای واگیر	پست الکترونیک: mbc19ct@kums.ac.ir	تلفن: 37257699	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کیوان خاصی

