



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / مرکز ملی تحقیقات خدمات بهداشتی و درمانی

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: فرایند درمان و پیشگیری حیوان گزیدگی		۲- شناسه خدمت	
		(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	ارائه خدمات درمان و پیشگیری حیوان گزیدگی		
	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 checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی	
	رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> لامت <input type="checkbox"/> لیات <input type="checkbox"/> سب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تأسیسات 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 type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
	مدارک لازم برای انجام خدمت	-	
	قوانین و مقررات بالادستی	دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریهای واگیر	
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:		مستمر در سال	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یکبار بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>	
تعداد بار مراجعه حضوری		حداقل یک بار	
هزینه ارائه خدمت (ریال)		مبلغ (مبالغ)	
به خدمت گیرندگان	شماره حساب (های) بانکی		
	پرداخت بصورت الکترونیک		
	ندارد		
	...		
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	<a href="http://www.sib.nkums.ac.ir">www.sib.nkums.ac.ir</a>		
	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 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 کو <input type="checkbox"/> سایر (شبکه های اجتماعی)
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<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:	
	مراجعه به دستگاه:	<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
	دکتر ضرورت مراجعه حضوری		



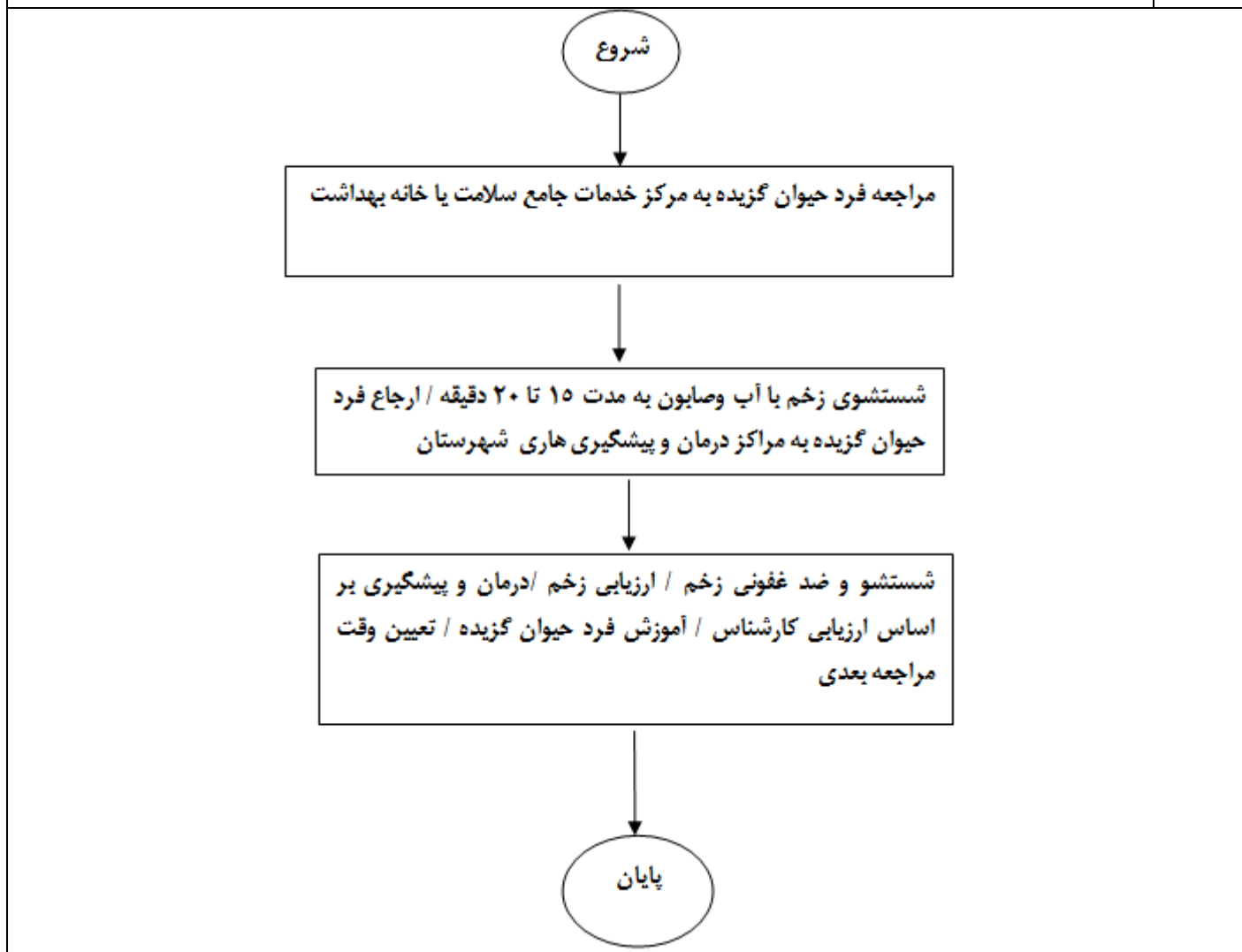
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه‌کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه‌کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

۱- مراجعه فرد حیوان گزیده

۲- انجام شستشو و درمان

۳- تعیین وقت بعدی برای مراجعه

۹- معاونین  
فرایندهای خدمت



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: هادی نیستانی	تلفن: ۳۲۲۴۷۱۹۷	پست الکترونیک:	واحد مربوط:
--	----------------	----------------	-------------