



ریاست جمهوری

سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

۱- عنوان خدمت : آموزش مستمر جامعه پزشکی		۲- شناسه خدمت :	
		(این قسمت توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود)	
۳- ارائه دهنده	نام دستگاه اجرایی : اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی معاونت آموزشی		
	نام دستگاه مادر : وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	به روز رسانی اطلاعات دانش آموختگان گروه پزشکی به منظور ارائه خدمات مطلوب به جامعه		
	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)		
	<input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب 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"/> مدارک و گواهینامه <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت		
<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرا رسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر :			
مدارک لازم برای انجام خدمت			
عضویت در سامانه آموزش مداوم جامعه پزشکی			
قوانین و مقررات بالا دستی			
مصوبه مجلس شورای اسلامی قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی ، آیین نامه اجرای هیات دولت ، مصوبات شورای عالی آموزش مداوم جامعه پزشکی			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		
	خدمت گیرندگان در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
	متوسط زمان ارائه خدمت :		
	تواتر		
	<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ۲ بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال ---		
۶- نحوه دسترسی به خدمت	تعداد بار مراجعه حضوری		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		
	مبلغ (مبلغ)		شماره حساب (های) بانکی
	پرداخت بصورت الکترونیک		
		585917/11	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			
khorasanshomali.ircme.ir			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		سامانه یکپارچه آموزش مداوم جامعه پزشکی	
مراحل خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		الکترونیکی	
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	



شماره نامه: ۱۳۷۰۴۷

تاریخ نامه: ۹۳/۱۱/۷۰

ریاست جمهوری

سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر : اعلام در جلسه آزمون	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <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)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه
	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر :	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)
	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی			<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه
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 زیر ساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر :	مراجعه به دستگاه : <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
	نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی استعلام غیر الکترونیکی
ارتباط خدمت با سایر سامانه ها	برخط online دسته ای Batch			

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امتیاز کسب شده - عنوان برنامه - تاریخ کسب گواهی - کد ملی	آموزش الکترونیک دانشگاه های تهران و شهید بهشتی و دانشگاه های که آموزش الکترونیک دارند
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	---

شماره نامه: ۱۳۷۰۴۷

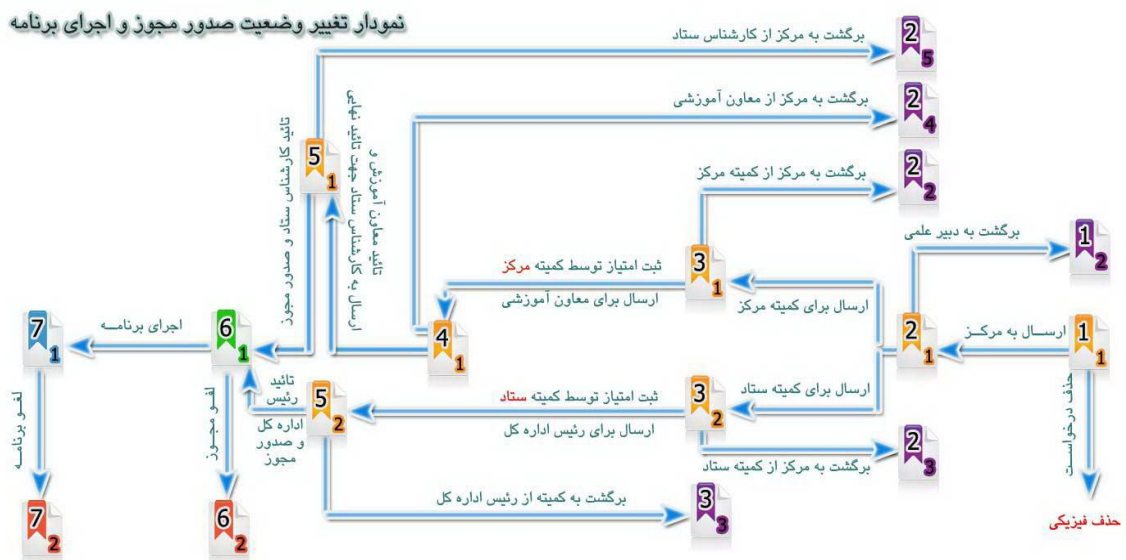


تاریخ: ۹۳/۱۱/۷۰

ریاست جمهوری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای مورد تبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی برخط: online دسته ای: Batch	اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر
سازمان نظام پزشکی		رویت گواهی امتیاز ۵ ساله		<input type="checkbox"/>	دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده <input type="checkbox"/>		
							۹- معاونین فرآیندهای خدمت

۱۰- نمودار ارتباطی فرآیندهای خدمت



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :	تلفن : ۳۲۲۴۷۲۸۲	پست الکترونیک:	واحد مربوط:
--------------------------------------	-----------------	----------------	-------------

