

## فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

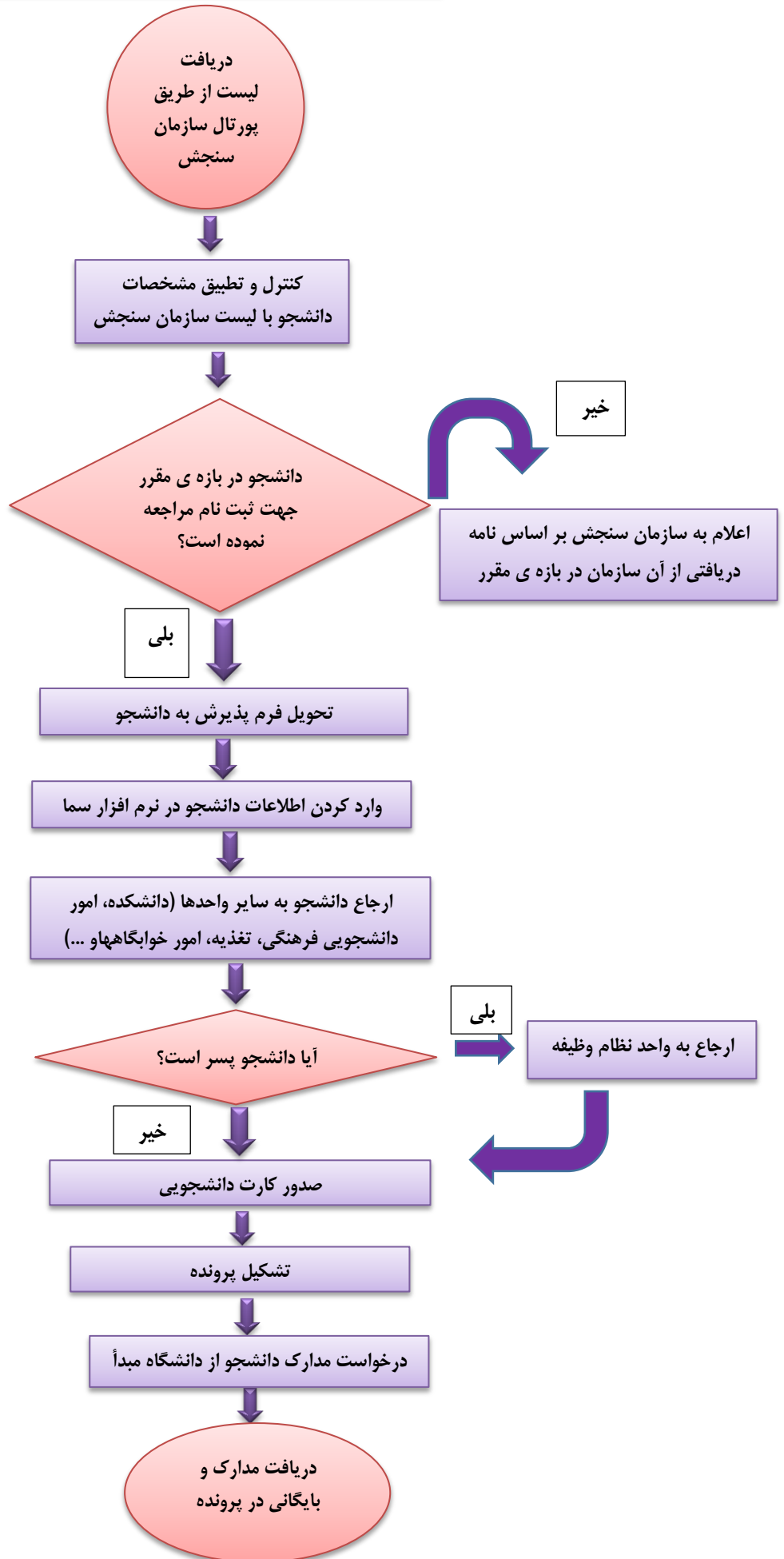
۱- عنوان خدمت: فرآیند انجام کار ثبت نام و پذیرش قبول شدگان (بررسی اشتباهات)		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی - معاونت آموزشی مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی		
	نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت از کلیه پذیرفته شدگان در موعد مقرر ثبت نام بعمل می آید.		
	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 type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
	سطح خدمت <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> ثابت مالکیت <input type="checkbox"/> اجتماعی		
	<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> گواهینامه ها		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" 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 اصل و کپی شناسنامه اصل و کپی کارت ملی - ۵ عدد عکس پشت نویسی شده اصل و کپی گواهینامه دوره پیش دانشگاهی اصل و کپی کارنامه دوره پیش دانشگاهی اصل و کپی گواهینامه دوره متوسطه اصل و کپی کارنامه فارغ التحصیلی دوره متوسطه		
	قوانین و مقررات بالادستی آیین نامه های و مقررات و دستورالعمل آزمون سراسری		
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان حدود خدمت گیرنده در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	
متوسط مدت زمان آرایه خدمت: حدود دو هفته			
تواتر <input type="checkbox"/> متغیر      ۱ بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>			
تعداد بار مراجعه حضوری -			
هزینه آرایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) ۳۰۰/۰۰۰ ریال شماره حساب (های) بانکی پرداخت در محل از طریق دستگاه پوز بانکی پرداخت بصورت الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	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
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی
	رسانه ارتباطی خدمت <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> ایتمنتی (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 checked="" type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی): اتوماسیون اداری		



دستگاه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				دفاتر پیشخوان دولت	
مراجعه کننده <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				سازمان وظیفه عمومی	
دستگاه <input checked="" 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"/>					۹- عناوین فرایندهای خدمت
مراجعه کننده <input type="checkbox"/>						۱-	
						۲-	
						۳-	
							....
واحد مربوطه: مدیریت امور آموزشی		پست الکترونیکی		تلفن: ۰۵۸۳۱۵۱۱۲۰۷		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: همتا انصاری	

# بررسی اشتباهات

فرآیند ثبت نام بر اساس بررسی اشتباهات سازمان سنجش



واحد مربوط: خدمات آموزشی	پست الکترونیک:	تلفن: ۰۵۸۳۱۵۱۱۲۰۷	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: همتا انصاری
--------------------------	----------------	-------------------	---