

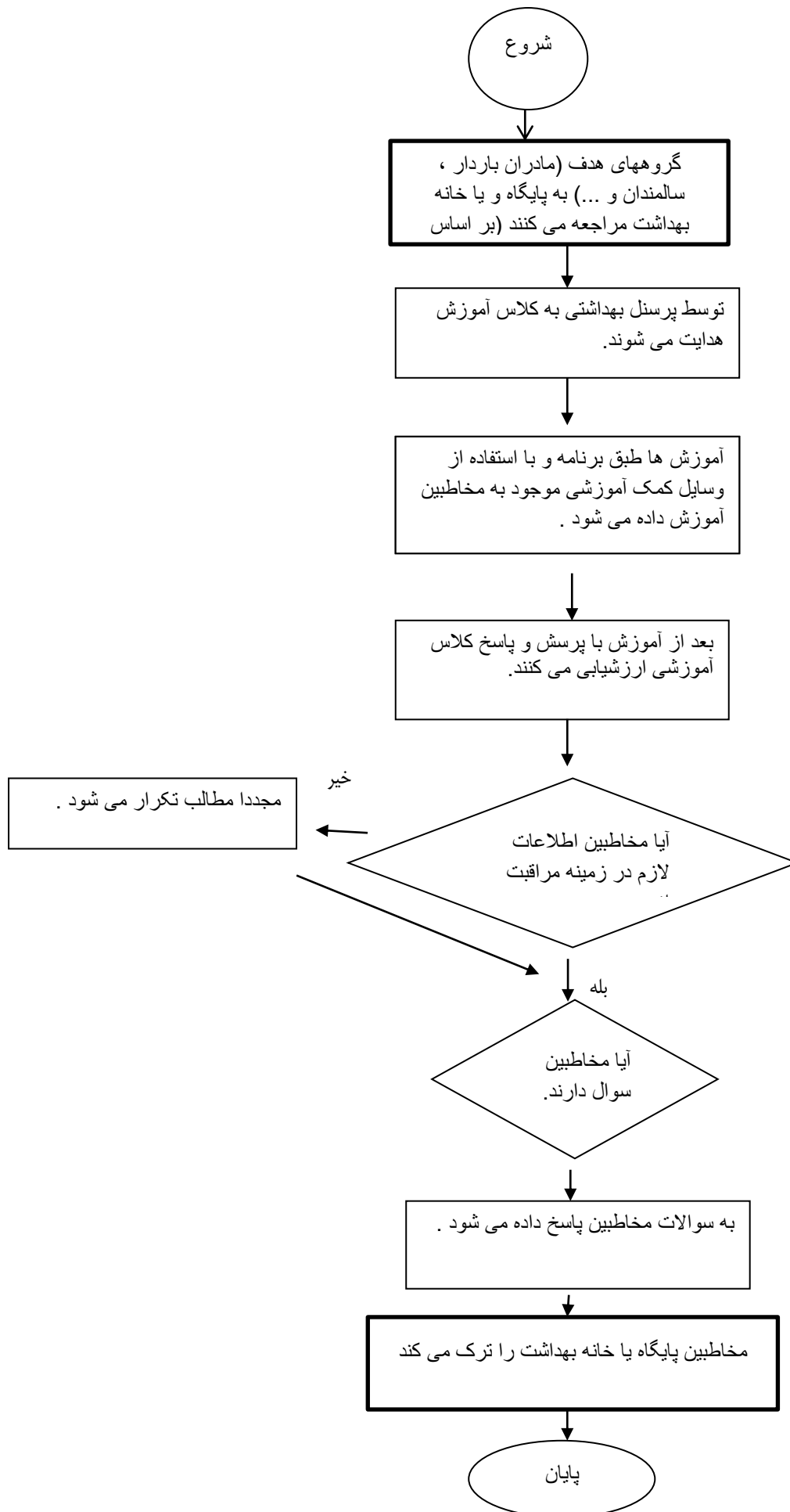
بسمه تعالی

ضمیمه ۱

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: توانمند سازی مردم استان خراسان شمالی درباره		۲- شناسه خدمت	
مراقبت از خود (خود مراقبتی)		(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 و درمان		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	توانمند سازی مردم استان خراسان شمالی درباره مراقبت از خود (خود مراقبتی)		
	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)	مردم
	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"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت	
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	<input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت	داشتن حداقل ۸ کلاس سواد سفیران سلامت	
	قوانین و مقررات بالادستی	دستورالعمل ها و بخشنامه هاو کتاب های آموزشی تدوین شده وزارتی	
	۵- جزییات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	۲۰۰۰ خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال
متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		مستمر در سال	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری			
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی
	ندارد		<input type="checkbox"/>
	...		<input 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	رسانه ارتباطی خدمت
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (شبکه های اجتماعی)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه

است، استعمال توسط:	دسته‌ای دستهای (Batch)	برخط online	(در صورت پرداخت هزینه)	دستگاه دیگر			
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
۱- آموزش خانواده ها							۱- عناوین فرایندهای خدمت
۲-مراجعه به مرکز							
۳- دریافت آموزش طبق برنامه و فرمت مشخص							
۴- ارزشیابی و پرسش و پاسخ							



واحد مربوط: آموزش سلامت	پست الکترونیک:	تلفن: ۳۲۲۲۶۸۳	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: زهرا حسینی خبوشان
-------------------------	----------------	---------------	----------------------------------------------------------