

1- عنوان خدمت: ارزشیابی بخش های آموزشی دستیار دانشگاه های علوم پزشکی		2- شناسه خدمت: 18041025000		
3- آرایه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین			
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی			
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت: اعتبار بخشی و ارزشیابی مراکز آموزشی درمانی و درمانی			
	نوع خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)	مراکز آموزشی درمانی (ولایت، 22 بهمن، کوثر، شهید رجایی، قدس، بوعلی)	
	ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی	<input type="checkbox"/> ای گری	
	سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی	<input type="checkbox"/> منطقه ای	
	رویداد مرتبط با:	<input type="checkbox"/> تولد	<input checked="" type="checkbox"/> آموزش	<input type="checkbox"/> سلامت
		<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری	<input type="checkbox"/> بیمه	<input type="checkbox"/> ازدواج
	نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص	<input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص
		<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه	<input type="checkbox"/> سایر: ...	
	مدارک لازم برای انجام خدمت	مدارک لازم برای انجام خدمت		
	قوانین و مقررات بالادستی	سنجه های ارزشیابی و اعتبار بخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی فرم های مربوط به اعتبار بخشی و استاندارد های کالبدی پزشکی عمومی		
5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	میانگین 6 مرکز آموزشی درمانی... خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
	متوسط مدت زمان آرایه خدمت:	سالانه		
	تواتر	یکبار برای همیشه	میانگین 2 بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
	تعداد بار مراجعه حضوری	2 بار در فصل		
	هزینه آرایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک
90000000			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
نحوه دسترسی	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:

مرحله خدمت		نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) از طریق اتوماسیون	تلفن همراه (برنامه کاربردی)
			مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input checked="" type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) اتوماسیون	تلفن همراه (برنامه کاربردی)
			مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)
			<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:

<p>اجرای ارزیابی اعتبار بخشی مراکز آموزشی درمانی طبق سنجه های وزارت متبوع</p> <p>بررسی و ارتقا کیفیت آزمون ها</p> <p>ارتقا آموزش کلیه فراگیران</p> <p>بررسی موانع و مشکلات مراکز آموزشی درمانی و ارتقای بهبود کیفیت آنها بر اساس سنجه های اعتبار بخش</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p>	<p><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی</p>				
<p><input type="checkbox"/> لرننتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)</p> <p><input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی</p> <p><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه</p> <p><input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان</p> <p>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:</p> <p><input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان</p> <p>سایر(باذکر نحوه دسترسی) از طریق سامانه به آدرس www.pe.iums.ac.ir</p>		<p><input type="checkbox"/> الکترونیکی</p>	<p>در مرحله ارائه خدمت</p>			
<p>مراجعه به دستگاه:</p> <p><input type="checkbox"/> ملی</p> <p><input type="checkbox"/> استانی</p> <p><input type="checkbox"/> شهرستانی</p>	<p><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک</p> <p><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب</p> <p><input type="checkbox"/> سایر:</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p>	<p><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی</p>			
<p>استعلام غیر الکترونیکی</p>	<p>استعلام الکترونیکی</p> <p>برخط online (Batch)</p>	<p>فیلدهای موردتبادل</p>	<p>نام سامانه های دیگر</p>	<p>7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه</p>		
<p>اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:</p>	<p>استعلام الکترونیکی</p> <p>برخط online (Batch)</p>	<p>مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)</p>	<p>فیلدهای موردتبادل</p>	<p>نام سامانه های دستگاه دیگر</p>	<p>نام دستگاه دیگر</p>	<p>8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر</p>

دستگاه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
مراجعه کننده <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
دستگاه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
مراجعه کننده <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							ندارد	عناوین فرایندی خدمت
واحد مربوط:	پست الکترونیک:		تلفن:	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:				
مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی	Jamali.m66@gmail.com		داخلی 2508	مریم جمالی				