

مدارک لازم جهت بهره برداری موسسات (مدارک عمومی)

مکان معرفی	مکان معرفی
<input type="checkbox"/> تصویر کروکی محل موسسه/مرکز	
<input type="checkbox"/> اصل/ تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ محل مورد نظر	ملک متعلق به موسس/ موسسین
<input type="checkbox"/> اصل/ تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ محل مورد نظر <input type="checkbox"/> اصل رضایت نامه محضری مالکین به افراد موسس غیر مالک	ملک متعلق به تعدادی از موسسین باشد
یکی از موارد ذیل: <input type="checkbox"/> اصل/ تصویر اجاره نامه محضری با قید پلاک ثبتی <input type="checkbox"/> اصل/ تصویر اجاره نامه عادی همراه با اصل/ تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ محل مورد نظر <input type="checkbox"/> اصل رضایت نامه محضری مالک به همراه اصل/ تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ محل مورد نظر	املاک استیجاری (ملک متعلق به موسس نیست)
<input type="checkbox"/> اصل تعهد نامه محضری جهت املاک استیجاری (جهت موسساتی که مدت اعتبار قرارداد آن زیر ۵ سال است)	
<input type="checkbox"/> اصل تعهد نامه محضری املاک فاقد سند مالکیت و پلاک ثبتی و یا نامه اداره اسناد و املاک جهت املاک فاقد سند مالکیت و پلاک ثبتی به همراه قولنامه خرید ملک (به جایگزینی سند مالکیت) <input type="checkbox"/> اصل/ تصویر مستندات مربوط به مالکیت زمین های اوقافی <input type="checkbox"/> اصل تعهد موسس جهت کسب رضایت ساکنین (در صورت وجود واحد مسکونی در ساختمان موسسه/ مرکز) <input type="checkbox"/> در درمانگاه دندانپزشکی واقع در طبقات ساختمان فاقد آسانسور: اصل تعهد قبول مسئولیت حوادث احتمالی ناشی از نبود آسانسور برای بیماران توسط موسس	موارد خاص
<input type="checkbox"/> نامه تاییدیه نقشه از دفتر فنی وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> تاییدیه نقشه توسط مرکز سلامت و محیط کار وزارت بهداشت (مرکز جراحی محدود)	بیمارستان ها مراکز جراحی محدود مراکز درمان ناباروری مراکز درمان با اکسیژن هایپر بار مراکز تصویر برداری در حال ویرایش
<input type="checkbox"/> نامه تاییدیه نقشه از دفتر فنی دانشگاه <input type="checkbox"/> پلان معماری تایید شده موسسه/ مرکز با چیدمان و نامگذاری فضاها (ممهور به مهر دفتر فنی)	درمانگاه ها مراکز جامع توانبخشی موسسات پرتو پزشکی
<input type="checkbox"/> پلان معماری موسسه/ مرکز با چیدمان و نامگذاری فضاها	سایر موسسات
<input type="checkbox"/> شرح اقدامات صورت گرفته به انضمام تصویر مستندات (مستندات خرید یا اجاره ملک، ساخت و آماده سازی فضاها، تاییدیه های نظارتی کسب شده از مراجع ذیصلاح مبنی بر میزان پیشرفت کار، مستندات سفارش و خرید تجهیزات و ...)	پیشرفت کار

مدارک مسئول فنی	○ صفحه اول شناسنامه
	○ صفحه توضیحات شناسنامه ( در صورت داشتن توضیحات)
	○ کارت ملی ( پشت و رو )
	○ کارت پایان خدمت ( پشت و رو ) و یا کارت معافیت از خدمت ( ویژه آقایان کمتر از ۴۵ سال سن)
	○ عکس ۳*۴ (پرسنلی رنگی ، تمام رخ ، زمینه سفید، عاری از زیورات ، بدون کراوات ، بدون آرایش و بارعایت شتون کامل اسلامی، بصورت tif , jpeg, jpg)
	○ آخرین مدرک تحصیلی (دانشنامه، گواهینامه موقت)
	○ گواهی پایان طرح و خدمات مورد تعهد متخصصین (جهت رشته های ملزم به گذراندن طرح نیروی انسانی و خدمات مورد تعهد متخصصین (ضریب کا) ) (در صورت عدم ارائه دانشنامه)
	○ پروانه ها و مجوزها حسب مورد ( از جمله پروانه دائم، پروانه مطب و گواهی قبولی آزمون ساخت عینک طبی قبل از سال ۶۸ و ...)
	○ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (معرفی نامه از طریق سامانه قابل دریافت می باشد)
	○ گواهی عدم اعتیاد ( ویژه متقاضیان تاسیس مرکز درمان سوء مصرف مواد ، فیزیوتراپی، مرکز ارائه خدمات پرستاری در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، موسسات پرتو پزشکی ، مرکز آمبولانس خصوصی ، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل) (معرفی نامه از طریق سامانه قابل دریافت می باشد)
	○ گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی ( ویژه کلیه اعضای سازمان نظام پزشکی) (معرفی نامه از طریق سامانه قابل دریافت می باشد)
	□ آخرین حکم کارگزینی و یا تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول اداری برای مستخدمین کشوری و لشکری که دارای حکم کارگزینی نیستند) ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)
	□ گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری فعالیت در موسسه (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)
	□ نمونه مهر و امضاء
	□ فرم تقبل مسئولیت فنی (فرم خام آن از سامانه دانلود و پس از تکمیل و مهر و امضا نمودن آن ، مجددا در سامانه بارگذاری گردد)
□ گواهی گذراندن دوره های مهارتی مورد نیاز براساس نوع موسسه	
□ گواهی سابقه کار (در صورت لزوم براساس نوع موسسه)	
□ گواهی گذراندن دوره های بازآموزی یا تعهد گذراندن آن (مسئول فنی غیر پزشک)	
پرداخت تعرفه	□ فیش واریزی بهره برداری
	□ فیش واریزی صدور پروانه مسئول فنی (به ازای هر مسئول فنی یک فیش)
	□ تاییدیه بهداشتی (کارشناس بهداشت محیط دانشگاه)
تاییدیه های مورد نیاز	□ تاییدیه نظارتی فضا، تجهیزات، امکانات (کارشناس دانشگاه)
	□ تاییدیه اجرای نقشه (جهت موسساتی که نقشه آنها توسط دفتر فنی دانشگاه/ وزارت بهداشت به تایید رسیده است).
مدارک پرسنل	○ کارت ملی ( پشت و رو)
	○ آخرین مدرک تحصیلی
	○ پروانه ها و مجوزها ( از جمله پروانه مطب، پروانه دائم و پروانه دفتر کار و ... ) (ویژه پزشکان و کارشناسان پروانه دار)
	○ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت ( ویژه پرسنل مرکز درمان سوء مصرف مواد ، فیزیوتراپی، مرکز ارائه خدمات پرستاری در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، موسسات پرتو پزشکی ، مرکز آمبولانس خصوصی ، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل) (معرفی نامه از طریق سامانه قابل دریافت می باشد)
	○ گواهی عدم اعتیاد ( ویژه پرسنل مرکز درمان سوء مصرف مواد ، فیزیوتراپی، مرکز ارائه خدمات پرستاری در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، موسسات پرتو پزشکی ، مرکز آمبولانس خصوصی ، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل) (معرفی نامه از طریق سامانه قابل دریافت می باشد)
	○ آخرین حکم کارگزینی و یا تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول اداری برای مستخدمین کشوری و لشکری که دارای حکم کارگزینی نیستند) ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)
	○ گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری فعالیت در موسسه (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)
	○ فرم اعلام همکاری (فرم خام آن از سامانه دانلود و پس از تکمیل و مهر و امضا نمودن آن ، مجددا در سامانه بارگذاری گردد)
	○ گواهی گذراندن دوره های مهارتی مورد نیاز در صورت لزوم مطابق با آیین نامه
	○ گواهی سابقه کار (در صورت لزوم براساس آیین نامه موسسه/مرکز)

مدارک اختصاصی مراکز/مؤسسات (علاوه بر مدارک عمومی)	
<p><input type="checkbox"/> تصویر مستندات مالکیت آمبولانس و یا در صورت نداشتن آمبولانس ، قرارداد با آمبولانس خصوصی (بدون قید و شرط و پوشش کلیه خدمات) + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آمبولانس خصوصی)</p> <p><input type="checkbox"/> Certificate مورد تایید معاونت آموزشی تخصص های جراحی(به جز مختص پوست ،جراح سر و گردن و پلاستیک)جهت کاشت مو( درمانگاه تخصصی پوست و مو)</p>	درمانگاه عمومی و تخصصی
<p><input type="checkbox"/> قرارداد با بیمارستان مبنی بر پذیرش بی قید و شرط بیماران ارجاعی</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره درمان با اکسیژن هایپر بار توسط مسئول فنی</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری</p>	مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار
<p><input type="checkbox"/> گواهی دوره تخصصی درمان ناباروری توسط متخصص زنان مسئول فنی مرکز(حداقل یکسال)</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی دوره عملی و آزمایشگاهی درمان ناباروری مسئول فنی آزمایشگاه ART(حداقل یکسال)</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری</p>	مرکز درمان ناباروری
<p><input type="checkbox"/> گواهی دوره مصوب ویژه کاردان های اپتیک</p>	ساخت و فروش عینک طبی
<p><input type="checkbox"/> تاییدیه از مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی وزارت</p> <p><input type="checkbox"/> تاییدیه اداره کل اماکن نیروی انتظامی</p> <p><input type="checkbox"/> کارت معاینه طبی و فنی آمبولانس</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک مالکیت دستگاه های آمبولانس</p> <p><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل</p> <p><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل)</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره های آموزشی برای پرسنل فنی و خدمه آمبولانس</p>	آمبولانس خصوصی
<p><input type="checkbox"/> قرارداد با آزمایشگاه تشخیصی طبی( در صورت نداشتن بخش آزمایشگاه)</p>	مرکز تخصصی طب کار
<p><input type="checkbox"/> قرارداد با بیمارستان دارای بخش ها CCU و ICU مبنی بر پذیرش بی قید و شرط بیماران</p> <p><input type="checkbox"/> تجهیز مرکز به سی آرم ( در صورت داشتن بخش ارتوپدی)</p> <p><input type="checkbox"/> قرارداد با آزمایشگاه +(تصویر پروانه بهره برداری معتبر آزمایشگاه)</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر مستندات مالکیت آمبولانس و یا در صورت نداشتن آمبولانس ، قرارداد با آمبولانس خصوصی (بدون قید و شرط و پوشش کلیه خدمات) + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آمبولانس خصوصی)</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش و تاییدیه مطابقت نقشه تایید شده با اجرا</p>	مرکز جراحی محدود

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه از دفتر پرستاری دانشگاه</li> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با بیمارستان جهت پذیرش بیماران ارجاعی</li> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با آمبولانس خصوصی (بدون قید و شرط) + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آمبولانس خصوصی)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی سابقه کار مسئول فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل فنی)</li> </ul>	<p>مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با بیمارستان جهت پذیرش بیماران ارجاعی</li> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با آمبولانس خصوصی (بدون قید و شرط) + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آمبولانس خصوصی)</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل فنی)</li> </ul>	<p>مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> گواهی دوره آموزشی ۶۰ ساعته آمادگی برای زایمان (مسئول فنی و مامای همراه)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی سابقه کار مسئول فنی (۵ ساله با مدرک کارشناسی)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره های بازآموزی یا تعهد گذراندن آن توسط مسئول فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل فنی)</li> </ul>	<p>مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه بهداشت محیط و پرتو معاونت بهداشتی (که از تاریخ صدور آن بیش از ۶ ماه نگذشته باشد)</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کارشناس رادیولوژی دانشگاه ( منضم به نقشه داخلی بخش متراژ و امکانات فنی ساختمان)</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کمیسیون تبصره ماده ۴ قانون حفاظت در برابر اشعه (از وزارت بهداشت)</li> <li><input type="checkbox"/> مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو (دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل فنی</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل فنی)</li> <li><input type="checkbox"/> دوره مهارتی سی تی اسکن (مسئول فنی تصویربرداری) فارغ التحصیلان ۸۶ و قبل از آن</li> <li><input type="checkbox"/> دوره مهارتی ام آر آی (مسئول فنی تصویربرداری) فارغ التحصیلان ۸۶ و قبل از آن</li> <li><input type="checkbox"/> شناسنامه دستگاه ها از اداره کل تجهیزات پزشکی</li> <li><input type="checkbox"/> گزارش و تاییدیه مطابقت نقشه تایید شده و اجرا (مرکز تصویر برداری)</li> </ul>	<p>موسسه رادیولوژی و سونوگرافی رادیوتراپی پزشکی هسته ای موسسه رادیولوژی فک و دهان و صورت مرکز تصویر برداری</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> گواهی دوره های آموزشی درمان با داروهای آگونست (MMT) مطابق آیین نامه (مسئول فنی)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره MMT توسط کارشناس روانشناسی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و (تمامی پرسنل)</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (تمامی پرسنل)</li> </ul>	<p>مرکز درمان با سو مصرف مواد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> گواهی سابقه کار مسئول فنی (جهت فعالیت در شهر های تهران- کرج ، اصفهان، شیراز، تبریز، مشهد)</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد مسئول فنی و پرسنل فنی</li> <li><input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت (پرسنل فنی)</li> </ul>	<p>فیزیوتراپی</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره های بازآموزی یا تعهد گذراندن آن توسط مسئول فنی(دکتری علوم آزمایشگاهی(حرفه ای) متخصصین علوم آزمایشگاهی و PHD تک تخصصی)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی شرکت مسئول فنی آزمایشگاه در دوره آموزشی سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه</li> <li><input type="checkbox"/> تعهد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان در زمینه نظام مراقبت از بیماری ها</li> </ul>	آزمایشگاه
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با آزمایشگاه + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آزمایشگاه) یا قرارداد با بیمارستان معین با شرایط مطابق آیین نامه</li> <li><input type="checkbox"/> قرارداد با آمبولانس خصوصی (بدون قید و شرط و پوشش کلیه خدمات) + (تصویر پروانه بهره برداری معتبر آمبولانس خصوصی) یا قرارداد با بیمارستان معین با شرایط مطابق آیین نامه</li> </ul>	مرکز جامع دیالیز
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> مصوبه کمیسیون در خصوص تایید صلاحیت مسئول فنی بخش داروخانه</li> <li><input type="checkbox"/> مصوبه کمیسیون در خصوص تایید صلاحیت مسئول فنی بخش آزمایشگاه</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه بهداشت محیط و پرتو معاونت بهداشتی (که از تاریخ صدور آن بیش از ۶ ماه نگذشته باشد)</li> <li><input type="checkbox"/> مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو ( دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ)</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کمیسیون تبصره ماده ۴ قانون حفاظت در برابر اشعه (از وزارت بهداشت)</li> <li><input type="checkbox"/> گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری</li> <li><input type="checkbox"/> مدارک مالکیت حداقل یک دستگاه آمبولانس</li> <li><input type="checkbox"/> گزارش و تاییدیه مطابقت نقشه تایید شده با اجرا</li> <li><input type="checkbox"/> گزارش جامع کارشناسان دانشگاه(پرسنل ،تجهیزات،ملزومات و تعداد تخت های فعال به تفکیک بخش(متناسب با سند درمان) )</li> </ul>	بیمارستان
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> معرفی مسئول فنی واجد شرایط و صلاحیت (کلیه مدارک مسئول فنی)</li> <li><input type="checkbox"/> معرفی پرسنل فنی واجد شرایط</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه بهداشت محیط و پرتو معاونت بهداشتی (که از تاریخ صدور آن بیش از ۶ ماه نگذشته باشد)</li> <li><input type="checkbox"/> مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو( دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ)</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کارشناس رادیولوژی دانشگاه منضم به نقشه داخلی بخش متراژ و امکانات فنی ساختمان و تجهیزات و مشخصات کامل آن</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کمیسیون تبصره ماده ۴ قانون حفاظت در برابر اشعه( از وزارت بهداشت)</li> <li><input type="checkbox"/> شناسنامه دستگاه های مشمول از اداره کل تجهیزات پزشکی</li> <li><input type="checkbox"/> فیش واریزی افزایش بخش</li> <li><input type="checkbox"/> تحویل اصل پروانه های بهره برداری به دانشگاه</li> </ul>	بهره برداری بخش پرتو پزشکی
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه بهداشت محیط و پرتو معاونت بهداشتی (که از تاریخ صدور آن بیش از ۶ ماه نگذشته باشد)</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کارشناس رادیولوژی دانشگاه منضم به نقشه داخلی بخش متراژ و امکانات فنی ساختمان و تجهیزات و مشخصات کامل آن</li> <li><input type="checkbox"/> تاییدیه کمیسیون تبصره ماده ۴ قانون حفاظت در برابر اشعه از وزارت</li> <li><input type="checkbox"/> مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو( دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ)</li> <li><input type="checkbox"/> شناسنامه دستگاه های مشمول از اداره کل تجهیزات پزشکی</li> <li><input type="checkbox"/> دوره مهارتی سی تی اسکن(ویژه مسئول فنی سی تی اسکن)فارغ التحصیلان ۸۶ و قبل از آن</li> <li><input type="checkbox"/> دوره مهارتی ام آر آی(ویژه مسئول فنی ام آر آی) فارغ التحصیلان ۸۶ و قبل از آن</li> <li><input type="checkbox"/> تحویل اصل پروانه های بهره برداری به دانشگاه</li> </ul>	بهره برداری تجهیزات پزشکی به موسسه / مرکز/ بخش پرتو پزشکی فعال

<input type="checkbox"/> اسناد ملک ( در صورت توسعه فضا) مطابق بهره برداری بیمارستان <input type="checkbox"/> تاییدیه نقشه بخش / بخش های جدید از دفتر فنی دانشگاه (در صورت توسعه فضای فیزیکی) <input type="checkbox"/> گزارش و تاییدیه مطابقت نقشه تایید شده با اجرا <input type="checkbox"/> تاییدیه بهداشتی (کارشناس بهداشت محیط دانشگاه) <input type="checkbox"/> گزارش جامع کارشناسان دانشگاه (پرسنل، تجهیزات، ملزومات و تعداد تخت های فعال به تفکیک بخش) (متناسب با سند درمان) ) <input type="checkbox"/> مدارک پرسنل <input type="checkbox"/> فیش واریزی افزایش بخش (به ازای هر بخش) <input type="checkbox"/> تحویل اصل پروانه های بهره برداری به دانشگاه	<p>بهره برداری بخش بستری</p>
<input type="checkbox"/> اسناد ملک (مطابق بهره برداری) <input type="checkbox"/> پروانه معتبر مطب مسئول فنی (مسئول فنی پزشک) <input type="checkbox"/> فیش تمدید پروانه به برداری <input type="checkbox"/> فیش تمدید پروانه مسئول فنی (به ازای تعداد پروانه هایی که تمدید می گردند) در صورت تغییر مسئول فنی باید فیش صدور پروانه مسئول فنی برای فرد جدید واریز گردد. <input type="checkbox"/> کلیه مدارک مسئول فنی ( در صورت تغییر مسئول فنی) <input type="checkbox"/> فرم ادامه همکاری مسئول فنی به تاریخ روز <input type="checkbox"/> مجوز کار با اشعه معتبر به همراه پیوست یک و دو (دستگاه ها و پرسنل) (سه برگ) (موسسات پرتو پزشکی و موسسات دارای بخش پرتو پزشکی) <input type="checkbox"/> تحویل اصل پروانه های بهره برداری و مسئول فنی به دانشگاه	<p>مدارک تمدید پروانه بهره برداری و مسئول فنی</p>
<input type="checkbox"/> فرم ادامه همکاری مسئول فنی به تاریخ روز <input type="checkbox"/> پروانه معتبر مطب مسئول فنی (مسئول فنی پزشک) <input type="checkbox"/> فیش تمدید پروانه مسئول فنی (به ازای تعداد پروانه هایی که تمدید می گردند) <input type="checkbox"/> تحویل اصل پروانه مسئول فنی به دانشگاه	<p>مدارک تمدید پروانه مسئول فنی</p>
<input type="checkbox"/> تکمیل فرم استشهاد محلی <input type="checkbox"/> آگهی چاپ شده در روزنامه کثیر الانتشار <input type="checkbox"/> فیش صدور پروانه بهره برداری / مسئول فنی	<p>مدارک اعلام مفقودی پروانه</p>