



ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

موضوع: تفویض اختیار صدور مجوز های فعالیت محدود در مطب

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و تقدیم احترام، در راستای سیاست تمرکز زدایی و در جهت تسهیل امور ، بدینوسیله صدور مجوزهای فعالیت محدود در مطب به آن دانشگاه تفویض میگردد ، خواهشمند است دستور فرمایید کلیه امورمربوط به صدور مجوز فعالیت محدود حرف وابسته پزشکی شامل ، ارزیابی شنوایی، گفتار درمانی ، کاردرمانی ، فیزیو تراپی مطابق با فرم نمونه پیوست به شرح ذیل صورت پذیرد:

۱- مجوز فعالیت محدود در مطب صرفا جهت آن دسته از متقاضیانی که فاقد سابقه کار لازم جهت تاسیس موسسه/دفتر کار مستقل می باشند جهت کسب سابقه مورد نیاز قید شده در آیین نامه مربوطه، صادر می گردد.

۲- صدور این مجوز به دو صورت میباشد: مجوز فعالیت محدود در مطب پزشکان متخصص و مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی(بیمارستان-درمانگاه-دفاتر کار و موسسات متناظر)

۳- متقاضیان رشته های مذکور می توانند تحت نظارت و همکاری پزشکان ذیل فعالیت نمایند:

الف- گفتار درمانی :

متخصص رشته های گوش و حلق و بینی ، اطفال ، داخلی مغز و اعصاب ، روانپزشکی ، جراحی اعصاب و جراحی اطفال، کارشناس گفتاردرمانی

ب- کاردرمانی :

متخصص رشته های داخلی مغزو اعصاب ، جراحی مغز و اعصاب ، ارتوپدی ، طب فیزیکی و توانبخشی ، اطفال ، جراحی اطفال و در خصوص کارشناسان ارشد کاردرمانی با گرایش روانی متخصص روانپزشکی ، کارشناس کاردرمانی

ج: ارزیابی شنوایی :

متخصص گوش و حلق و بینی و اطفال، کارشناس شنوایی

د: فیزیوتراپی:



متخصص رشته های داخلی مغزو اعصاب ، جراحی مغز و اعصاب ، ارتوپدی ، طب فیزیکی و توانبخشی -جراحی عمومی -
روماتولوژی، کارشناس فیزیوتراپی

۴- مدارک لازم جهت اخذ مجوز فعالیت محدود:

الف : مدارک پزشک/کارشناس ناظر:

- ۱ - اصل و تصویر پروانه مطب معتبر/دفتر کار/موسسه
- ۲ - اعلام کتبی همکاری پزشک/کارشناس با قید نام متقاضی و ساعات فعالیت
- ۳ - گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از نظام پزشکی

ب: مدارک کارشناس متقاضی:

- ۱ - اصل و کپی کارت نظام پزشکی
 - ۲ - اصل و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی
 - ۳ - اصل و تصویر دانشنامه تحصیلی (در صورت عدم داشتن دانشنامه ارائه گواهی موقت تحصیلی الزامی می باشد.)
 - ۴ - اصل و تصویر و گواهی پایان خدمت یا معافیت از طرح نیروی انسانی
 - ۵ - اصل و تصویر گواهی تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان
- تبصره : در خصوص دانش آموختگان خارج از کشور و دانشگاه آزاد اسلامی ارائه گواهی تسویه حساب صندوق رفاه لازم نمی باشد.

۶ - گواهی عدم سوء پیشینه کیفری

۷ - ارائه درخواست مبنی بر تقاضای فعالیت محدود در مطب به امضا کارشناس و متخصص مربوطه

۸ - تاییدیه معاونت درمان آن دانشگاه مبنی بر تأیید عملکرد ، فضا ، تجهیزات و بهداشت

تذکر-۱ : در خصوص فعالیت در مراکز درمانی(بیمارستان-درمانگاه) ارائه اصل و تصویر پروانه تاسیس معتبر موسسه به شرط دارا بودن بخش مربوطه الزامی می باشد.

تذکر-۲: در صورت عدم وجود بخش مربوطه در مرکز درمانی، لازم است در ابتدا جهت افزایش بخش و درج آن در پروانه تاسیس مرکز از طریق معاونت درمان آن دانشگاه مطابق ضوابط و مقررات اقدام و سپس در خواست صدور مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی گردد.

تذکر-۳: یک نسخه از مجوز صادره به سازمان نظام پزشکی استان ارسال گردد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۱۰۷۵۱/۱۰۴۰۰ د
تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۰۶
پوست دارد

رونوشت:

سرکار خانم پورهاشم دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د تهران