وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

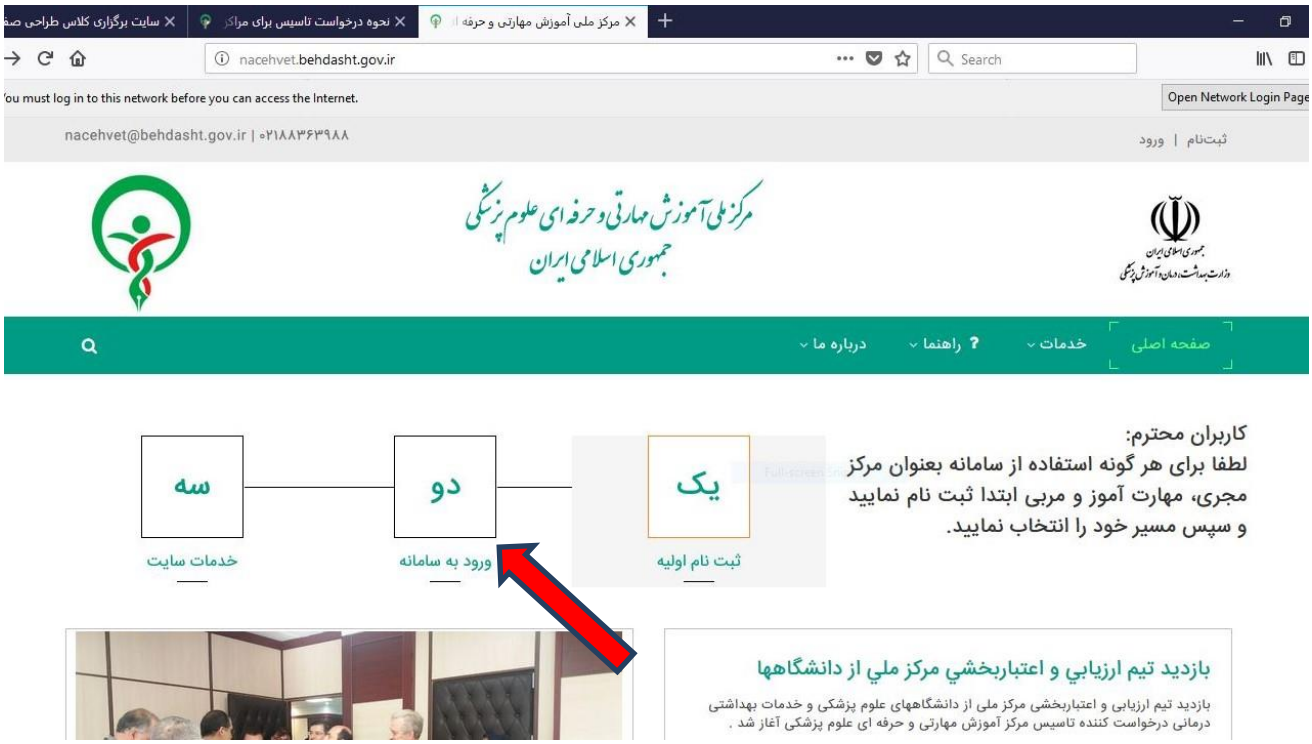
معاونت آموزشی

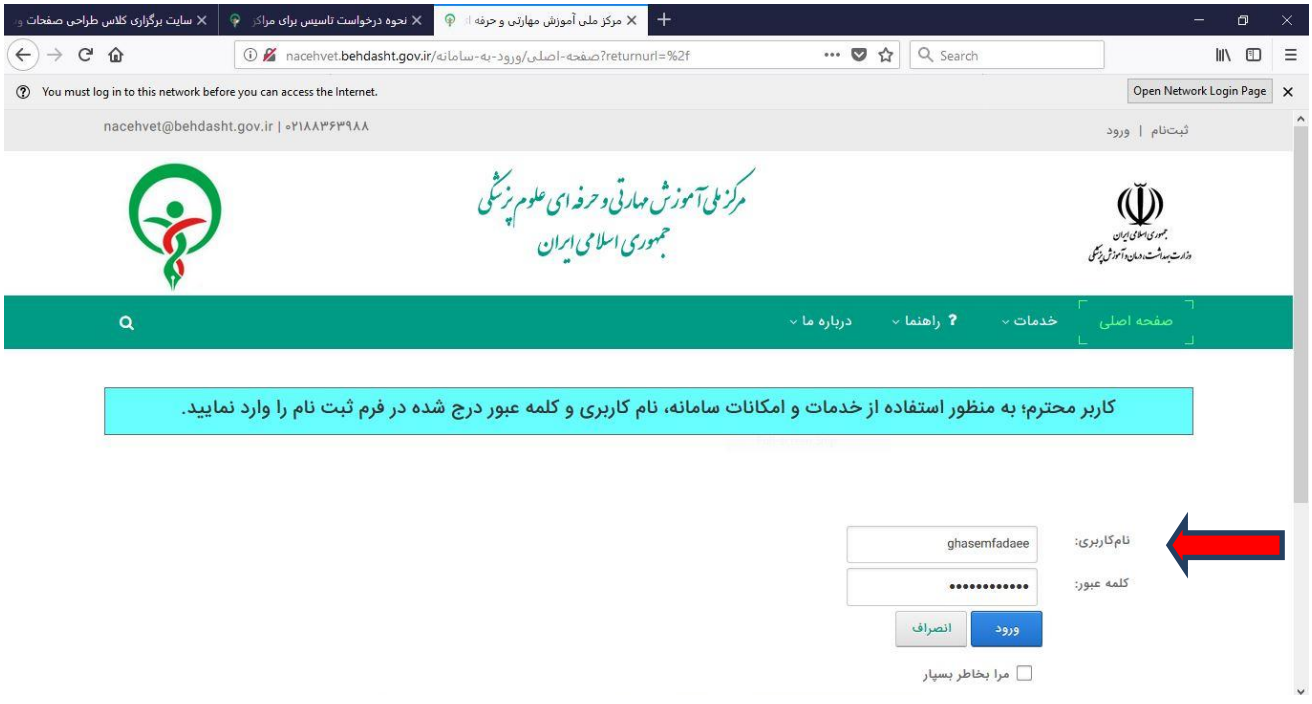
راهنمای پورتال مرکز ملی آموزشی مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی

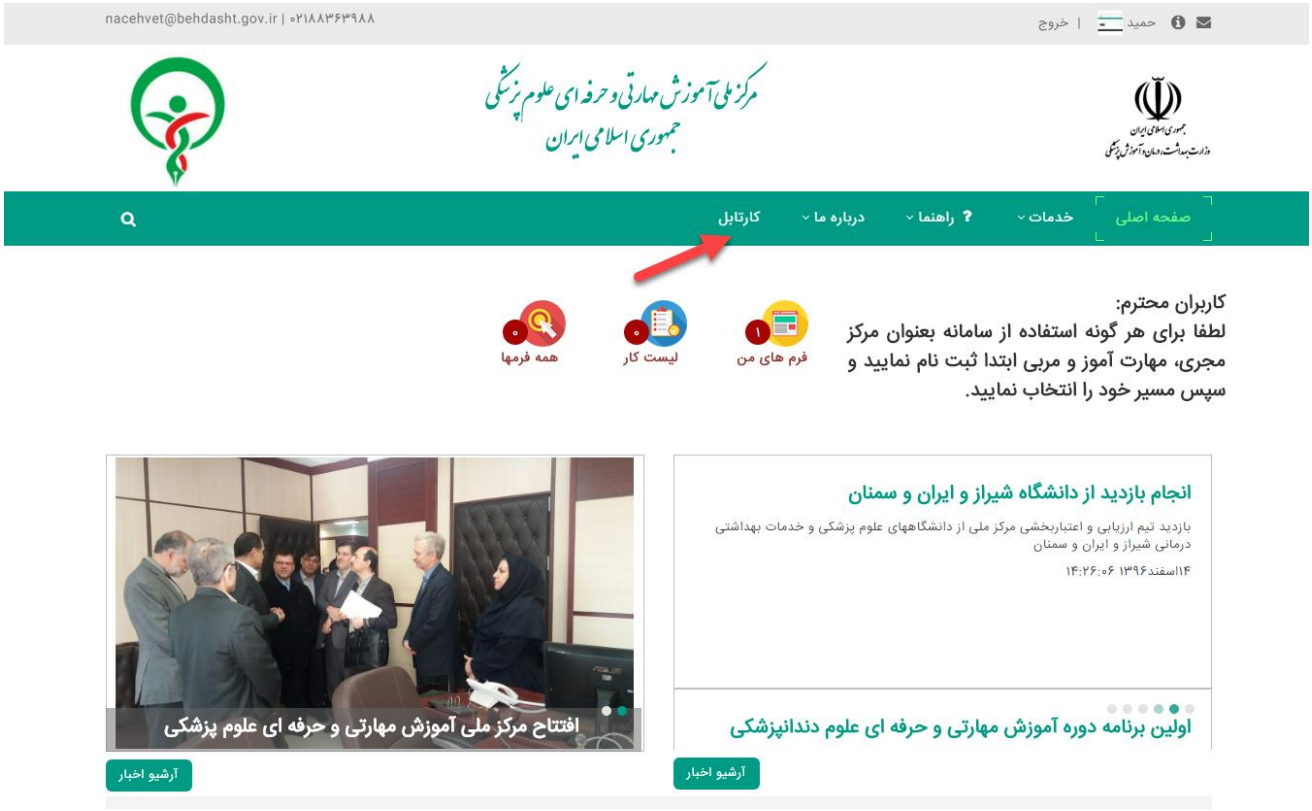
بخش پنجم: نحوه ی بارگذاری فیش پرداختی

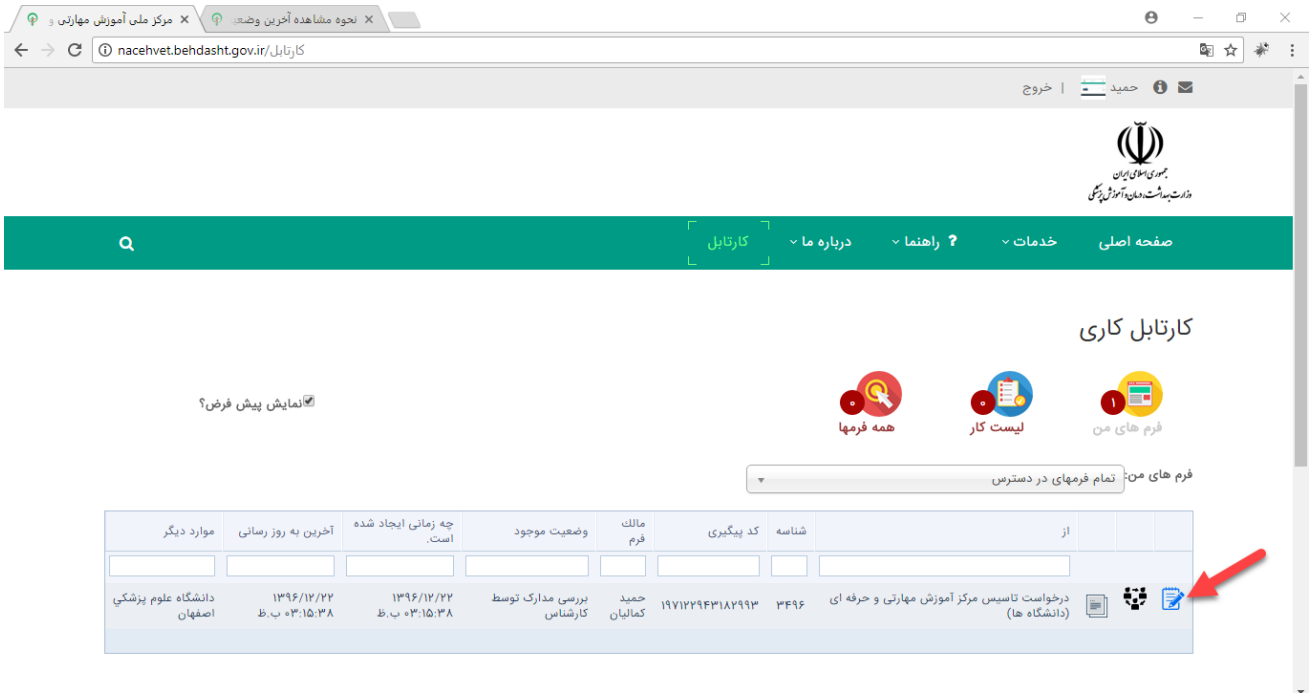
نگارش ۰,۱

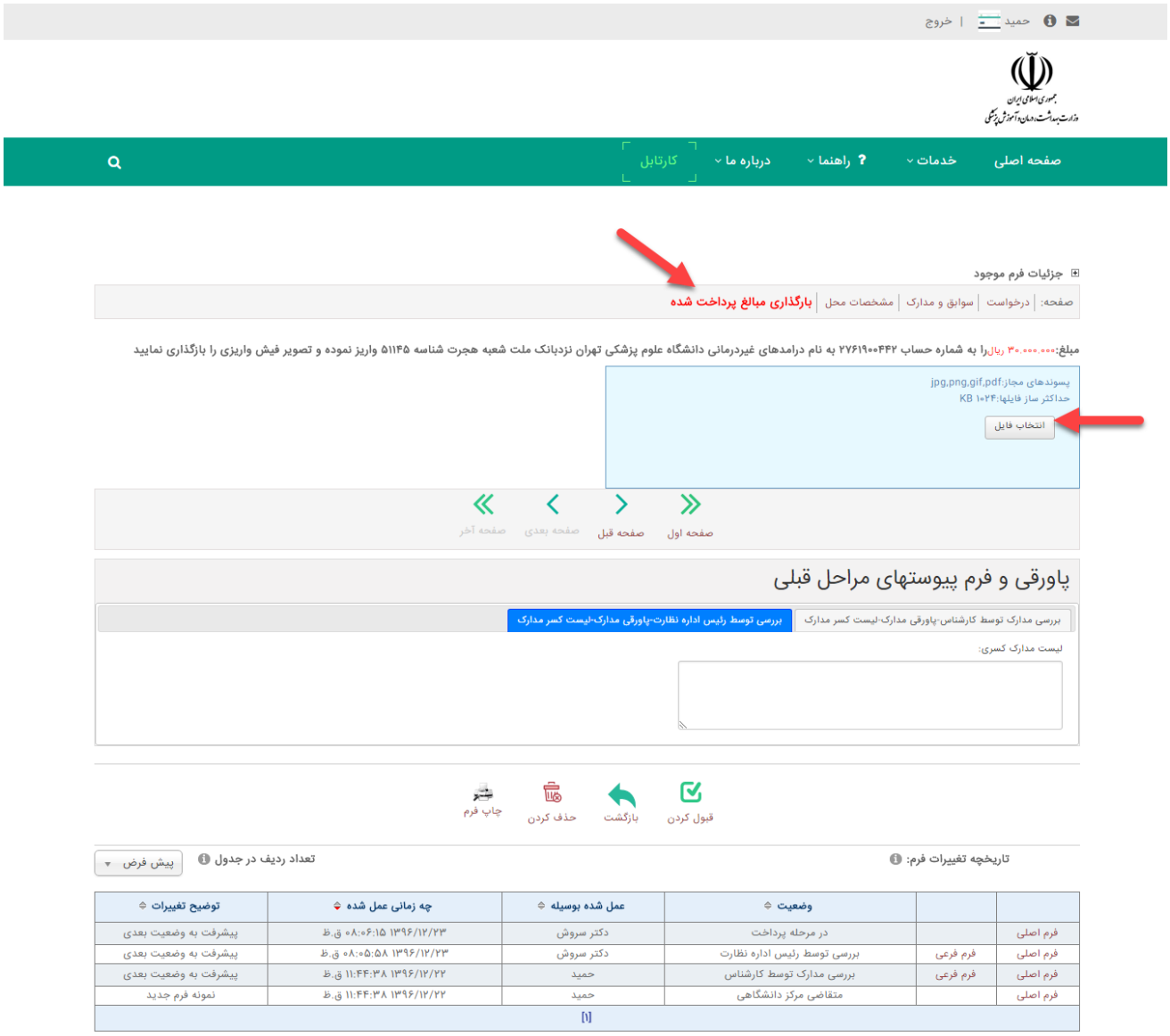
جهت بارگذاری فیش ابتدا با وارد کردن نام کاربری و رمز عبور وارد سامانه شوید

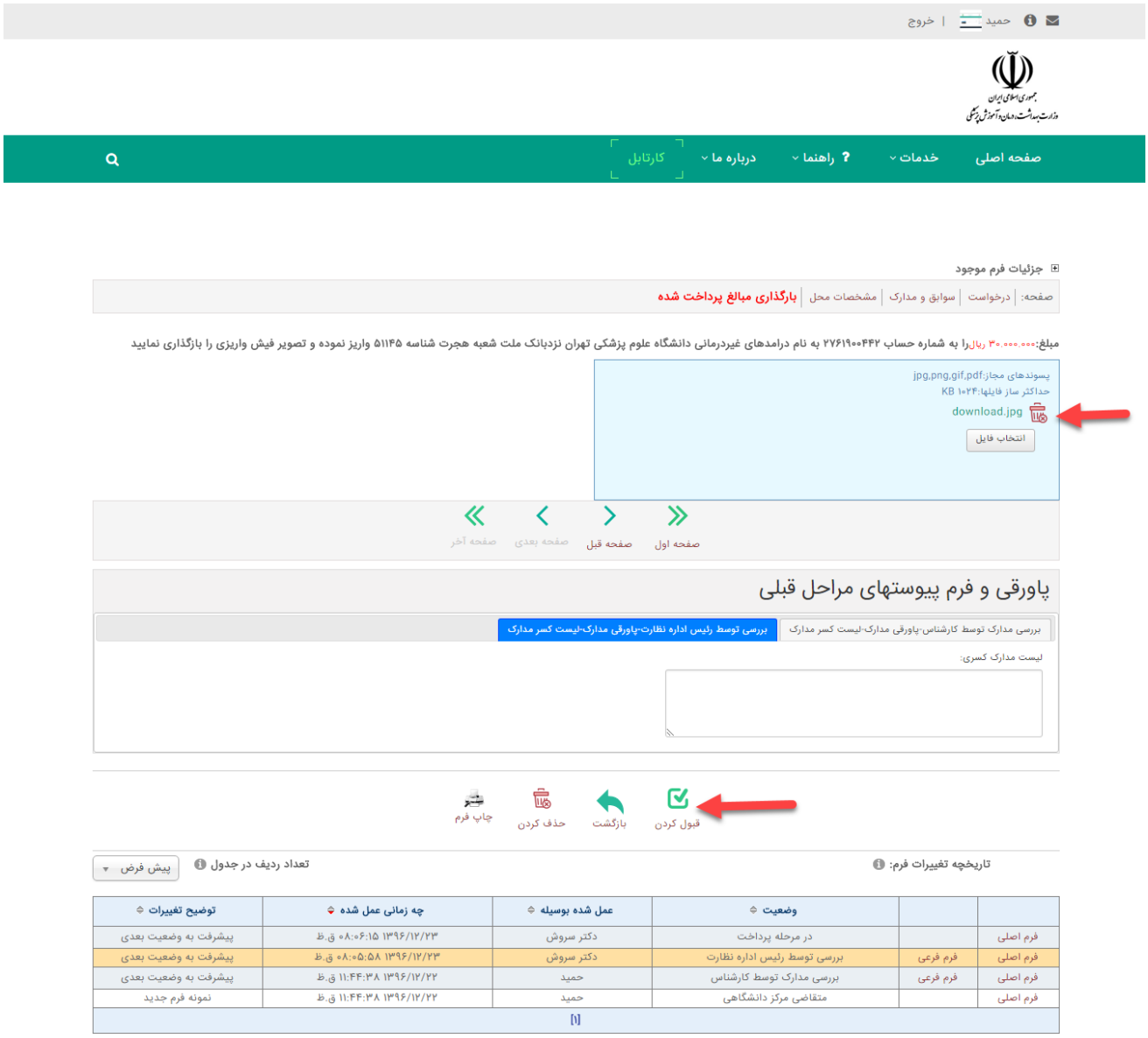





nacehvet@behdasht.gov.ir | ۰۲۱۸۸۳۶۳۹۸۸
حمید | خروج
مرکز ملی آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی
جمهوری اسلامی ایران
صفحه اصلی
خدمات
راهنما
درباره ما
کارتابل
کاربران محترم:
لطفا برای هر گونه استفاده از سامانه بعنوان مرکز مجری، مهارت آموز و مربی ابتدا ثبت نام نمایید و سپس مسیر خود را انتخاب نمایید.
فرم های من
لیست کار
همه فرمها
انجام بازدید از دانشگاه شیراز و ایران و سمنان
بازدید تیم ارزیابی و اعتباربخشی مرکز ملی از دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز و ایران و سمنان
۱۴اسفند۱۳۹۶ ۱۴:۲۶:۰۶
اولین برنامه دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم دندانپزشکی
آرشیو اخبار
افتتاح مرکز ملی آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی
آرشیو اخبار


nacehvet.behdasht.gov.ir/کارتابل
حمید | خروج
صفحه اصلی
خدمات
راهنما
درباره ما
کارتابل
کارتابل کاری
فرم های من
لیست کار
همه فرمها
نمایش پیش فرض؟
فرم های من:
تمام فرمهای در دسترس
از
شناسه
کد پیگیری
مالک فرم
وضعیت موجود
چه زمانی ایجاد شده است.
آخرین به روز رسانی
موارد دیگر
درخواست تاسیس مرکز آموزش مهارتی و حرفه ای (دانشگاه ها)
۳۴۹۶
۱۹۷۱۲۷۹۴۳۱۸۲۹۹۳
حمید کمالیان
بررسی مدارک توسط کارشناس
۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۰۳:۱۵:۳۸ ب.ظ
۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۰۳:۱۵:۳۸ ب.ظ
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان


حمید | خروج
صفحه اصلی
خدمات
راهنما
درباره ما
کارتابل
جزئیات فرم موجود
صفحه: | درخواست | سوابق و مدارک | مشخصات محل | بارگذاری مبالغ پرداخت شده
مبلغ:۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال,را به شماره حساب ۲۷۶۱۹۰۰۴۴۲ به نام درامدهای غیردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نزدبانک ملت شعبه هجرت شناسه ۵۱۱۴۵ واریز نموده و تصویر فیش واریزی را بازگذاری نمایید
پسوندهای مجاز:jpg,png,gif,pdf
حداکثر ساز فایلها:۱۰۲۴ KB
انتخاب فایل
صفحه اول
صفحه قبل
صفحه بعدی
صفحه آخر
پاورقی و فرم پیوستهای مراحل قبلی
بررسی مدارک توسط کارشناس-پاورقی مدارک-لیست کسر مدارک
بررسی توسط رئیس اداره نظارت-پاورقی مدارک-لیست کسر مدارک
لیست مدارک کسری:
قبول کردن
بازگشت
حذف کردن
چاپ فرم
تاریخچه تغییرات فرم:
تعداد ردیف در جدول
پیش فرض
فرم اصلی | | در مرحله پرداخت | | دکتر سروش | ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ ۰۸:۰۶:۱۵ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | فرم فرعی | بررسی توسط رئیس اداره نظارت | | دکتر سروش | ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ ۰۸:۰۵:۵۸ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | فرم فرعی | بررسی مدارک توسط کارشناس | | حمید | ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۱۱:۴۴:۳۸ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | | متقاضی مرکز دانشگاهی | | حمید | ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۱۱:۴۴:۳۸ ق.ظ | نمونه فرم جدید
[1]


حمید | خروج
صفحه اصلی
خدمات
راهنما
درباره ما
کارتابل
جزئیات فرم موجود
صفحه: | درخواست | سوابق و مدارک | مشخصات محل | بارگذاری مبالغ پرداخت شده
مبلغ:۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال را به شماره حساب ۲۷۶۱۹۰۰۴۴۲ به نام درامدهای غیردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نزدبانک ملت شعبه هجرت شناسه ۵۱۱۴۵ واریز نموده و تصویر فیش واریزی را بازگذاری نمایید
پسوندهای مجاز:jpg,png,gif,pdf
حداکثر ساز فایلها:۱۰۲۴ KB
download.jpg
انتخاب فایل
صفحه اول
صفحه قبل
صفحه بعدی
صفحه آخر
پاورقی و فرم پیوستهای مراحل قبلی
بررسی مدارک توسط کارشناس-پاورقی مدارک-لیست کسر مدارک
بررسی توسط رئیس اداره نظارت-پاورقی مدارک-لیست کسر مدارک
لیست مدارک کسری:
قبول کردن
بازگشت
حذف کردن
چاپ فرم
تاریخچه تغییرات فرم:
تعداد ردیف در جدول
پیش فرض
فرم اصلی | | در مرحله پرداخت | دکتر سروش | ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ ۰۸:۰۶:۱۵ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | فرم فرعی | بررسی توسط رئیس اداره نظارت | دکتر سروش | ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ ۰۸:۰۵:۵۸ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | فرم فرعی | بررسی مدارک توسط کارشناس | حمید | ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۱۱:۴۴:۳۸ ق.ظ | پیشرفت به وضعیت بعدی
فرم اصلی | | متقاضی مرکز دانشگاهی | حمید | ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ ۱۱:۴۴:۳۸ ق.ظ | نمونه فرم جدید
[۱]