

# آئین نامه اجرایی اشتغال به کار بهداران تجربی دندان

## مقدمه :

براساس قوانین اجازه استفاده قانونی از قانون اشتغال کمک دندانپزشکان تجربی مصوب سال ۱۳۶۶/۴/۷ و چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلین حرف پزشکی و وابسته به آن مصوب ۱۳۷۶/۷/۲۷ مجلس شورای اسلامی (پیوست) . آئین نامه اجرایی فوق بشرح زیر ابلاغ می گردد .

## فصل اول - تعاریف :

ماده ۱- بهدار تجربی دندان به شخصی اطلاق می شود که براساس قانون اجازه استفاده قانونی از قانون اشتغال کمک دندان پزشکان تجربی سال ۱۳۵۴ مصوب سال ۱۳۶۶ مجلس شورای اسلامی و برابر آئین نامه دارای شرایط ذیل باشد :

الف- متولد سال ۱۳۳۶ و ماقبل آن

ب- شرکت در امتحان مربوطه و اخذ گواهینامه قبولی معتبر از وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

تبصره - گواهینامه قبولی صادره مجوزی برای ایجاد دفتر کار و یا تاسیس لابراتوار نمی باشد و دارندگان آن جهت پرداختن به اینگونه امور بایستی مجوزهای قانونی لازم (مجوز تاسیس محل کار) و از سوی این وزارتخانه اخذ نمایند.

ج- دارا بودن گواهینامه تحصیلی سوم راهنمایی قبل از سال ۱۳۵۴

تبصره - در صورت داشتن گواهینامه ششم ابتدایی قبل از سال ۱۳۵۴ بشرط شرکت در امتحانات قوه ای و قبولی در آن مدرک فوق معادل سوم راهنمایی محاسبه و پذیرفته می شود .

د- دارا بودن سابقه دندانسازی مستقل در سال ۱۳۵۴ و ماقبل آن (اوراق مالیاتی - حکم استخدام رسمی مراکز دولتی دندانسازی و ...)

ه- لیست افراد مشمول با توجه به شرایط بالا توسط اداره سلامت دهان و دندان اعلام و پس از آن به هیچ عنوان به لیست فوق الذکر جدید اضافه نخواهد شد .

تبصره ۱- ارسال لیست مذکور تعهدی جهت اعطای مجوز بوجود نیاورده و مجوزی هم جهت فعالیت نمی باشد .

تبصره ۲- افرادی که دارای شرایط فوق نباشند و بعنوان بهدار تجربی دندان فعالیت نمایند عمل آنها طبق ماده ۳۱ قانون مربوط به امور پزشکی و ماده ۳ آئین نامه سایر حرفه های پزشکی و وابسته پزشکی و اصلاحیه های بعدی آن دخالت غیر مجاز در امور پزشکی و تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز محسوب و محل کار آنها بلافاصله توسط بازرسان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی پلمپ و به مراجع ذیصلاح قضایی معرفی می گردند .

ماده ۲- به منظور رعایت اختصار در این آئین نامه به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش و پزشکی «وزارت متبوع» به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی «دانشگاه / دانشکده» و به محل کار بهداران تجربی دندان «محل کار» گفته می شود .

## فصل دوم - شرح وظایف و چگونگی فعالیت حرفه ای بهداران تجربی دندان :

ماده ۳- بهداران تجربی دندان پس از تأیید صلاحیت فنی و اخذ مجوز در محل کار خود فقط مجاز به انجام اعمال ذیل می باشند .

الف- جرمگیری

ب- کشیدن دندان

تبصره - بهدار تجربی دندان، حق کشیدن دندان عقل ، ریشه های باقیمانده، جراحی و زدن بنخیه را ندارد.

ج- پر کردن سطحی دندان (ترمیم)

تبصره- بهدار تجربی دندان حق درمان ضایعات عصب دندان حتی در صورت باز شدن روی عصب را ندارد و در این موارد بیمار را باید به دندانپزشک ارجاع دهد .

د- دندانسازی فقط در حد پروتز متحرک (کامل و پارسیل آکریلی)

تبصره ۱- بهدار تجربی دندان حق گذاشتن پروتزهای ثابت را ندارد

تبصره ۲- بهدار تجربی دندان فقط می تواند شخصا کارهای لابراتواری بیمارانی که به محل کار وی مراجعه می نمایند را انجام (فقط پروتز متحرک) و حق قبول کارهای لابراتواری از مطبها یا محللهای کار دیگر تاسیس لابراتوار و بکار گیری شخص دیگر بعنوان شاغل فنی را ندارد .

ه- محل انجام کارهای دندانسازی در حد شرح وظیفه بایستی از محل پذیرش بیمار جدا باشد.

تبصره ۱- وجود وسایل کلینیکی و لابراتواری پروتزهای ثابت ، ارتودنسی ، وسایل درمان ریشه ، وسایل جراحی و بطور کلی کلیه آلات و ملزومات کلینیکی و لابراتواری خارج از شرح وظیفه در محل کار ممنوع می باشد .

و- بهدار تجربی دندان حق هیچگونه نسخه نویسی ، تجویز دارو را نداشته در صورت ضرورت بایستی بیمار را به پزشک یا دندانپزشک ارجاع دهد .

ز- انجام رادیوگرافی توسط بهدار تجربی دندان و وجود دستگاه مربوطه در محل کار ممنوع می باشد .

ماده ۴- بهدار تجربی دندان بایستی جهت انجام فعالیت در حد شرح وظیفه مندرج در این آئین نامه در دوره آموزش کوتاه مدت پیش بینی شده توسط وزارت متبوع شرکت نماید.

الف- اداره سلامت دهان و دندان موظف است برنامه ریزی لازم را جهت برپایی دوره مذکور انجام و با همکاری سایر نهادها موسسات قانونی و انجمنهای صنفی نسبت به برگزاری آن اقدام و در صورت لزوم جهت برگزاری مجوز صادر نماید .

ب- بدون شرکت در دوره فوق فعالیت بهداران در حیطه شرح وظیفه ممکن نخواهد بود .

## فصل سوم - شرایط و تجهیزات لازم در محل کار

ماده ۵- محل کار بهدار تجربی دندان می بایست براساس معیارهای بهداشت محیط شامل موارد ذیل باشد .

الف- بهداشت محیط دفتر کار این افراد باید طوری باشد که قابل شستشو و تمیز کردن باشد و کف آن از مصالح

مقاوم ، قابل شستشو و دارای دستشویی در دسترس باشد .

ب- در دستشویی و توالت صابون مایع و دستمال کاغذی موجود باشد .

ج- دیوارها باید دارای رنگ آمیزی قابل شستشو و یا کاشی کاری باشد.

د- فضا باید دارای نورگیر بوده و بهداشت درب و پنجره ها کاملا رعایت شود .

ه- مساحت محل کار باید حداقل ۴۰ متر، دارای ۲ اتاق و یک قسمت پذیرایی شامل لابراتوار، محل نصب یونیت

و اتاق انتظار آبدار خانه و سرویس بهداشتی باشد .

و- به منظور رعایت بهداشت فردی بهدار تجربی دندان باید حین کار روپوش سفید ، دستکش ، ماسک و عینک

داشته باشد.

ز- تجهیزات و مواد مصرفی محل کار بهدار تجربی دندان در حد شرح وظیفه نامبردگان می بایست مطابق استانداردهای تعیین شده معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) که به تأیید بازرسان وزارت متبوع یا معاونت درمان دانشگاه محل احداث دفتر کار می رسد باشد .

تبصره ۱- بمنظور جلوگیری از شیوع بیماریهای عفونی و کنترل عفونت استفاده از اتوکلا و سایر تجهیزات و مواد موثر مورد تأیید وزارت متبوع (اداره سلامت دهان و دندان) در محل کار بهدار تجربی دندان الزامی می باشد .

تبصره ۲- به منظور پیشگیری از حوادث احتمالی وجود وسایل وست احیا از قبیل کپسول کسیژن، آمبویگ و .... در محل کار الزامی می باشد.

ح- نصب اصل مجوز فعالیت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر می گردد در معرض دید عموم الزامی است.

ط- نصب تابلوی شرح وظایف که توسط اداره سلامت و دهان و دندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تهیه می گردد در محل کار الزامی است.

ی- محل کار بهدار تجربی دندان با تعیین معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی مربوطه فقط یک باب با آدرسی که در مجوز درج می گردد بوده و هر گونه تغییر مکان بدون اطلاق کتبی و اجازه معاونت مربوطه ممنوع می باشد.

### **فصل چهارم - شرایط تهیه تابلو - مهر - سربرگ و کارت ویزیت :**

ماده ۶- بهدار تجربی دندان می بایست نسبت به نصب تابلو در سردر محل کار یکعدد (و در صورت لزوم حداکثر دو تابلو یکی روی ساختمان محل کار و دیگری در محل ورودی کوچه) اقدام نماید .

تبصره - شرایط نصب تابلو براساس ضوابط شهرداری محل بوده و کسب مجوزهای لازم در این ارتباط بر عهده ذینفع می باشد .

الف- اندازه تابلو می بایست ۵۰×۷۰ سانتی متر باشد.

**نام و نام خانوادگی**

**بهدار تجربی دندان**

ب- عناوین روی تابلو می بایست مطابق نمونه زیر با حروف کاملا یکسان در یک سطح ساده و یکرنگ بدون هیچگونه شکل یا آرم خاص باشد .

ماده ۷- سربرگ و مهر بهداران تجربی بایستی مطابق موارد ذیل باشد .

الف- سربرگ بهداران تجربی دندان فقط بایستی حاوی مندرجات ذیل بوده ، آوردن مطالب اضافی در آن ممنوع می باشد .

ب- نام و نام خانوادگی بهدار تجربی دندان ، شماره مجوز ، نام بیمار ، تاریخ ، آدرس و تلفن محل کار ، ساعات پذیرایی مراجعین

**نام و نام خانوادگی**

**بهدار تجربی دندان**

شماره مجوز.....

ج- بهدار تجربی دندان مجاز است فقط جهت ممهور نمودن فاکتور و یا گواهی انجام خدمت مبادرت به تهیه مهر با مشخصات ذیل نماید .

### **فصل پنجم - چگونگی انجام تعهدات تبصره ۳ قانون فوق و یا تعلیق آن**

ماده ۸- به منظور اجرای تبصره ۳ قانون بهدار تجربی دندان بایستی جهت انجام تعهدات به گونه ذیل عمل نماید .



تبصره - معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) مجاز است قسمتی یا تمامی تعهدات را با توجه شرایط خاص (سن - بیماری و ...) به مدت معین تعلیق نماید .

الف- تکمیل فرم درخواست در دو نسخه از طرف بهدار تجربی دندان جهت انجام تعهدات (فرم شماره ۱) و تأیید آن توسط معاونت درمان دانشگاه / دانشکده

تبصره ۱- افراد واجد شرایط به جای درخواست انجام تعهدات با ارائه مدارک لازم درخواست تعلیق طرح را نموده (برابر فرم شماره ۳) و این درخواست بایستی مورد موافقت معاونت درمان و داروی مربوطه و اداره سلامت دهان و دندان قرار گیرد .

تبصره ۲- در صورت درخواست فرد جهت انجام تعهدات در حوزه غیر از استان مربوط به صدور گواهینامه موافقت دانشگاه / دانشکده مبدا و مقصد الزامی می باشد.

ب- تحویل اصل گواهینامه قبولی تصویر برابر اصل تمامی صفحات شناسنامه و ۳ قطعه عکس تمام رخ سال جاری ، عدم سوء پیشینه کیفری و عدم اعتیاد ، کارت واکسیناسیون علیه هپاتیت B و کارت صحت سلامت

ج- تأیید شرایط محل ار توسط بازرسان معاونت درمان (مطابق چک لیستهای ارسالی اداره سلامت دهان و دندان)

د- نداشتن منع قضایی و بهداشتی جهت فعالیت در حدود شرح وظایف

ه- تحویل اصل تمامی مدارک تجربی شامل - تبصره ۵ ، کمک دندانپزشک تجربی ، کمک تکنسین دندان سازی ، تکنسین تجربی لابراتوار و ... سپردن تعهد کتبی مبنی بر نداشتن مدارک فوق و در صورت عدم صحت ابطال مجوز در هر زمان ممکن

و- واریز مبالغ حق صدور و حق تمبر به حسابهای مربوطه

ز- صدور فرم انجام تعهدات در سه نسخه (فرم شماره ۲) در صورت موافقت با گذراندن تعهدات در مناطق تحت

پوشش (یک نسخه اصل، دو نسخه کپی) با شماره ، امضاء و مهر معاونت درمان مربوطه

ح- ارسال اصل تمامی مدارک به اداره سلامت دهان و دندان

ط- اداره سلامت دهان و دندان پس از بررسی مدارک در صورت موافقت با انجام تعهدات در منطقه مورد نظر فرم مذکور را مهر ، امضا و کدگذاری می نماید .

تبصره- اداره سلامت دهان و دندان جهت مهر و امضا بایستی تاییدیه شرکت در دوره آموزشی (موضوع ماده ۴ این آیین نامه) را دریافت نماید .

ی- عودت دو نسخه فرم پس از مهر و امضا به معاونت درمان و دارو جهت تحویل به متقاضی و نگهداری سابقه

ک- بهدار تجربی دندان موظف می باشد بعد از دریافت پروانه موقت حداکثر به مدت ده روز شروع فعالیت خود را به شبکه بهداشت و درمان مربوطه جهت اقدامات قانونی لازم گزارش نموده و مجاز به داشتن هیچ محل کار دیگری غیر از آنچه در مجوز موقت ذکر گردیده نمی باشد.

تبصره - فرم مذکور به عنوان مجوز موقت بوده و فقط در آدرس تعیین شده و با مهر و امضای توأم اداره سلامت دهان و دندان و معاونت درمان و داروی دانشگاه / دانشکده مربوطه و کد تخصیصی معتبر بوده و در صورت عدم شروع تعهدات به محض گزارش شبکه مربوطه باطل بوده و مراتب بایستی به اداره سلامت دهان و دندان اطلاع و فرم نیز عودت گردد .

**فصل ششم - شرایط اخذ مجوز پس از انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون و یا تعلیق آن**

ماده ۹- جهت فعالیت بهداران تجربی دندان طی مراحل ذیل مجوز محل کار صادر می شود .

تبصره - مشخصات بهدار تجربی دندان می بایست در لیست ارسالی اداره سلامت دهان و دندان موجود باشد.

الف- تکمیل فرم درخواست صدور مجوز فعالیت از طرف ذینفع (فرم شماره ۴)

ب- تحویل اصل گواهینامه قبولی، فتوکپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه همراه با ۳ قطعه عکس ۴×۶ تمام

رخ سال جاری، گواهی عدم سوءپیشینه، عدم اعتیاد، کارت واکسیناسیون علیه هیپاتیت B و کارت صحت سلامت

ج- تأیید شرایط محل کار براساس موارد مطروحه در این آئین نامه توسط بازرسان معاونت درمان و دارو دانشگاه /

دانشکده و برابر چک لیست ارسالی اداره سلامت دهان و دندان

د- تأییدیه مبنی بر عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی از معاونت درمان و دارو مربوطه

ه- نداشتن منع قضایی و بهداشتی جهت فعالیت در حدود شرح وظایف

و- تحویل تمامی مدارک تجربی شامل - اصل تبصره ۵- بهدار تجربی دندان ، یا مدارک دیگر مربوط به این

حرفه در صورت دارا بودن آنها و تعهد کتبی مبنی بر نداشتن مدارک فوق و در صورت تخلف ابطال مجوز در هر

زمان

تبصره - هیچ شخصی به طور همزمان نمی تواند از مدرک کمک دندانپزشک تجربی - بهدار تجربی دندان -

تبصره ۵ - تکنیسین تجربی لابراتوار و ... استفاده نماید .

ز- در صورت درخواست جابجایی فرد از یک حوزه به حوزه دیگر جلب موافقت معاونتهای درمان و دارو حوزه مبدا

و مقصد الزامی می باشد.

ح- واریز مبالغ حق تمبر و حق صدور به حسابهای مربوطه

ط- تأییدیه پایان انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون برابر مقررات فصل ششم دستورالعمل همراه با تحویل اصل گواهینامه موقت و یا تأییدیه تعلیق طرح

تبصره - در صورتیکه شخصی بعد از قبولی در امتحان در منطقه محروم مشغول بکار بوده و این فعالیت مورد تأیید معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده مربوطه قرار گیرد معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) میتواند به عنوان تعهدات از نامبرده بپذیرد.

ی- مسئولیت تطبیق، تکمیل و تأیید مدارک ارسالی بر عهده معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده مربوطه می باشد.

ک- معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) مجاز است با توجه به شرایط خاص جهت افراد مشمول مجوز مشروط در تمام مناطق کشور صادر نماید .

ل- صدور سه نسخه مجوز فعالیت با شماره و مهر و امضا ریاست دانشگاه مربوطه و یا شخص مجاز از طرف ایشان با تاریخ اعتبار دو ساله برابر فرمت ارسالی پیوست آئین نامه (یک نسخه اصل ، دو نسخه کپی)

تبصره - فرمت خام پروانه بایستی به تعداد نفرات از سوی معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) تهیه و تحویل معاونت درمان مربوطه گردد.

م- ارسال اصل گواهینامه قبولی ، اصل پروانه موقت با تأییدیه پایان انجام تعهدات، نسخه دوم فرم درخواست (فرم شماره ۳)، مجوزهای صادره و سایر مدارک به اداره سلامت دهان و دندان

ن- بررسی مدارک ارسالی توسط اداره سلامت دهان و دندان

تبصره- اداره سلامت دهان و دندان در بررسی مدارک موظف به روشن نمودن وضعیت شرکت فرد در دوره آموزشی (موضوع ماده ۴ آیین نامه) می باشد.

س- مهر و امضای مجوز صادره توسط معاونت سلامت یا شخص مجاز از سوی ایشان ( در صورت تأیید مدارک از سوی اداره سلامت دهان و دندان)

تبصره- اعتبار مجوز علاوه بر شرایط عمومی مشروط به عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی و عدم تخلف یا جرم و با تأیید معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه خواهد بود .

ع- ارسال دو نسخه از مجوزهای صادره به معاونت درمان دارو دانشگاه / دانشکده جهت تحویل متقاضی و سابقه معاونت

تبصره- مجوزهای مذکور فقط با امضا و مهر توأم ریاست دانشگاه / دانشکده یا شخص مجاز از طرف ایشان و معاونت سلامت یا شخص مجاز از طرف وی معتبر می باشد .

ف- فعالیت بدون اخذ مجوز معتبر تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز و دخالت غیر مجاز در امور پزشکی و دندانپزشکی محسوب و برابر قانون و مقررات محل کار توسط بازرسان وزارت متبوع یا معاونت درمان دانشگاه مربوطه پلمپ و پرونده به مراجع قضایی ذیصلاح ارسال می گردد.

## فصل هفتم - شرایط تمدید یا تعویض مجوز فعالیت:

ماده ۱۱- به منظور ارتقای سطح علمی مشمولین قانون مذکور و نظارت بهتر بر عملکرد آنان مجوز محل کار هر دو سال یکبار براساس ضوابط و شرایط اعلام شده ذیل می بایست تمدید گردد .

الف- تکمیل فرم درخواست تمدید حداقل ۲ ماه قبل از پایان اعتبار مجوز نزد معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه (فرم شماره ۵)

ب- نداشتن هیچگونه سابقه دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی (تخطی از شرح وظایف)

ج- ارائه اصل مجوز قبلی

د- تایید مجدد شرایط محل کار براساس موارد مطروحه آئین نامه و چک لیستهای ارسالی اداره سلامت دهان و دندان

ه- گذراندن دوره باز آموزشی سالیانه

تبصره- دوره های بازآموزی هر ساله با مجوز و نظارت اداره سلامت دهان و دندان برگزار و اسامی شرکت کنندگان به معاونتهای مربوطه اعلام می شود .

و- گواهی رضایت معاونت درمان دارو دانشگاه / دانشکده مبنی بر حسن خدمت در منطقه

ز- نداشتن شرایطی که منجر به ابطال و یا توقیف مجوز می گردد.

ح- تمدید مجوز قبلی براساس ضوابط اعلام شده از سوی اداره سلامت دهان و دندان

تبصره- ضوابط موضوع این بند طی دستورالعمل جداگانه ای توسط معاونت سلامت ابلاغ خواهد گردید.

ط- ارسال تصویر مجوز تمدید شده به اداره سلامت دهان و دندان

ماده ۱۱- مجوزهای صادره بنا به صلاحدید وزارت متبوع بعد از گذشت ۱۰ سال (۵دوره تمدید) تعویض می گردد.

تبصره- شرایط تعویض همانند دریافت آن خواهد بود .

### **فصل هشتم - تخلفات:**

ماده ۱۲ - تخلف از مفاد این آئین نامه مطابق قوانین مربوطه دخالت غیر مجاز در امور پزشکی محسوب و برابر موارد ذیل اقدام خواهد شد .

الف- تذکر کتبی با قید موضوع در صورتجلسه بازرسی توسط دانشگاه ذیربط برای بار اول

ب- در صورت تکرار و عدم توجه به اخطارهای قبلی محل کار تعطیل شده مجوز تعلیق می گردد و موضوع به کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی ارجاع خواهد شد .

ج- تصمیمات کمیسیون مذکور و آرا محاکم قضایی جهت اجرا در کمیسیون مربوطه بررسی تصمیم مقتضی نظیر تعطیلی موقت، دائم، ابطال مجوز و ... اتخاذ خواهد شد .

ماده ۱۳- تمامی بهداران تجربی دندان حداکثر ۶ ماه جهت تطبیق خود با این آیین نامه و دریافت مجوز فعالیت مهلت ندارد بعد از اتمام مهلت فوق و در صورت اشتغال بکار بدون مجوز معتبر محل کار پلمپ و پرونده آنان به

اتهام تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز و دخالت غیر مجاز در امور پزشکی به مراجع ذیصلاح قضایی ارسال می گردد .

ماده ۱۴- این آیین نامه در هشت فصل ، ۱۴ ماده ، ۶۹ بند و ۲۷ تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴ تنظیم و لازم الاجرا می باشد ضمنا کلیه دستورالعملها و بخشنامه های مغایر ، ملغی اعلام می گردد.

## **پیوست**

ماده واحد قانون ۱۳۶۶- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مکلف است یکبار دیگر از شاغلین امور دندانسازی جامانده از امتحان سال ۱۳۵۴ آزمون بعمل آورد .

تبصره ۱- از کسانی امتحان بعمل می آید که در سال ۵۴ و یا قبل از آن دارای محل کار مستقل بوده اند .

تبصره ۲- هزینه آزمون مزبور از شرت کنندگان به عنوان ثبت نان دریافت خواهد شد .

تبصره ۳- پذیرفته شدگان در آزمون فوق الذکر متعهد و موظفند ۵ سال در روستاها و بخشها و شهرهای محروم با تعیین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خدمت نمایند.

تبصره ۴- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت نامبردگان در مدت تعهد خدمت پروانه بهدار تجربی



دندان به نام نقاط تعیین شده صادر خواهد کرد .

تبصره ۵- پروانه متخلفین از تعهد فوق الذکر به هر نحو که باشد باطل خواهد شد .

تبصره ۶- در صورت انجام تعهد فوق الذکر پروانه اشتغال در سراسر کشور باستثنا مراکز استان برای نامبردگان صادر خواهد شد .

ماده واحد قانون ۱۳۷۶- وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته به آن براساس قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین مربوطه مطابق آیین نامه هایی خواهد بود که توسط سازمان نظام پزشکی تهیه و به تصویب وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی می رسد.

تبصره ۱- چنانچه سازمان نظام پزشکی ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون اقدام به تهیه آئین نامه های موضوع ماده واحد بالا ننماید و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است پس از کسب نظر از سازمان نظام پزشکی اقدام به تهیه با اصلاح آئین نامه های لازم کند .

تبصره ۲- شاغلان حرفه وابسته به گروه پزشکی در صورتیکه از حدود وظایف تعیین شده تجاوز نمایند مشمول قانون اصلاح ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی مصوب ۱۳۷۴/۱/۲۹ خواهند شد .

تبصره ۳- گروههایی که به موجب قوانین خاص مجاز به فعالیت شده اند نیز مشمول مقررات این قانون خواهند بود.

فرم شماره 1

فرم درخواست انجام تعداد پنجساله موضوع تبصره 3 قانون اجازه  
استفاده قانونی از قانون کمک دندانپزشکان تجربی مصوب سال 1366  
مجلس شورای اسلامی مطابق آئین نامه شماره  
..... مورخ .....

معاونت محترم درمان و دارو

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... صادره

..... متولد ..... که در امتحان بهداران تجربی دندان شرکت و گواهینامه قبولی به شماره

..... کد ..... استان ..... را دریافت نموده ام ضمن تعطیلی محل کار فعلی خود با

تحویل اصل گواهینامه فوق و سایر مدارک تجربی با توجه به تبصره ۳ قانون خواهان انجام تعهدات خود در مناطق

تحت پوشش آن معاونت می باشم خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدام لازم مبذول گردد .

ضمناً متعهد می گردم صرفاً در محل تعیین شده و فقط در حد شرح وظیفه فعالیت نموده و مدارک تجربی دیگری

ندارم و در صورت تخلف برابر قانون و مقررات با اینجانب رفتار و مجوز ابطال گردد و حق هیچگونه اعتراض و

ادعایی را نخواهم داشت .

امضا و اثر انگشت در خواست کننده

آدرس فعلی محل فعالیت:

محل تعیین شده جهت انجام تعهدات

محل کار فعلی نامبرده با توجه به بازدید مورخ ..... تعطیل می باشد.

مدارک پیوست :

1- ۳ قطعه عکس ۳×۴

2- اصل گواهینامه قبولی

3- فتوکپی برابر اصل صفحات شناسنامه

4- فتوکپی برابر اصل کارت پایان خدمت

5- گواهی عدم سو پیشینه و عدم اعتیاد

6- اصل فیشهای واریز شده

7- کارت واکسیناسیون علیه هپاتیت B و صحت سلامت

- تحویل گیرنده  
امضا

مدارک کامل می باشد  نمی باشد.

نسخه اول : سابقه معاونت

نسخه دوم : اداره سلامت دهان و دندان

فرم شماره 2

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شماره :

تاریخ :

ردیف اداره سلامت دهان و دندان:

فرم انجام تعهدات موضوع تبصره 3 قانون اجازه استفاده قانونی کمک  
دندانپزشکان تجربی سال 1354 مصوب سال 1366 (مجوز موقت)

باستناد تبصره چهارم قانون فوق و با عنایت آئین نامه اجرایی شماره ..... مورخ

محل کار آقا / خانم فرزند شماره شناسنامه

صادره متولد

در :

تعیین می گردد تا با رعایت قوانین و مقررات در حد شرح وظیفه بهداران تجربی دندان (ترمیم دندان - جرمگیری  
- کشیدن دندان بجز دندانهای عقل و ریشه باقیمانده - پروتز فقط متحرک آکریلی) و برابر آئین نامه فوق فعالیت  
نماید .

تذکر :

- 1- این مجوز فقط جهت انجام تعهدات و در آدرس تعیین شده معتبر می باشد.
- 2- مدت اعتبار این مجوز از تاریخ صدور بمدت دو سال بوده و پس از آن برابر آئین نامه فوق تمدید خواهد  
گردید .
- 3- تمدید این مجوز منوط به شرکت در دوره باز آموزشی سالیانه اداره سلامت دهان و دندان می باشد .
- 4- نصب اصل این مجوز در محل دید عموم الزامی می باشد .
- 5- تخلف از قوانین و مقررات آئین نامه ها عدم شروع تعهدات باعث ابطال مجوز باسناد تبصره ۵ قانون

خواهد بود .

دکتر حمید صمدزاده      دکتر

رئیس اداره سلامت دهان و دندان      معاون درمان دارو  
دانشگاه / دانشکده علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم شماره 3

فرم درخواست تعلیق تعهدات 5 ساله

معاونت محترم درمان و دارو دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... صادره

..... کدملی ..... متولد ..... که در امتحان بهداران تجربی دندان قبول و گواهینامه

قبولی دریافت داشته و در طرح شناسایی بهداران تجربی دندان به عنوان بهدار تجربی دندان شناخته شده ام با

توجه به موارد ذیل

۱-

۲-

۳-

خواهان تعلیق تعهدات پنجساله موضوع تبصره ۳ قانون و دریافت مجوز می باشم خواهشمند است در صورت امکان دستور مساعدت لازم صادر فرمائید.

نام و نام خانوادگی و

امضا

تاریخ

نسخه اول : سابقه معاونت

نسخه دوم : اداره سلامت دهان و دندان

فرم شماره 4

درخواست مجوز مشروط بعد از انجام تعهدات و یا تعلیق تعهدات موضوع تبصره 3 قانون اجازه استفاده قانونی از قانون کمک دندانپزشکان تجربی مصوب سال 1366 مطابق آئین نامه اجرایی

معاونت محترم درمان و دارو

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... صادره

..... متولد ..... که در امتحان بهداران تجربی دندان شرکت و گواهینامه قبولی به شماره

..... کد ..... استان ..... را دریافت نموده ام با تحویل اصل گواهینامه فوق و سایر

مدارک تجربی با توجه به انجام تعهد ۵ ساله موضوع تبصره ۳ قانون - تعلیق طرح (مدارک پیوست) خواهان

دریافت مجوز مشروط فعالیت در مناطق تحت پوشش آن معاونت می باشم خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدام لازم مبذول گردد .

ضمناً متعهد به فعالیت در حد شرح وظیفه بهداران تجربی دندان مطابق مقررات و دستورالعملها و فقط در آدرس

تعیین شده بود و مدارک تجربی دیگری ندارم و در صورت تخلف برابر قانون و مقررات با اینجانب رفتار و مجوز

ابطال گردد و حق هیچگونه اعتراض و ادعایی را نخواهم داشت .

مدارک پیوست :

1- ۳قطعه عکس ۳×۴

2- فتوکپی برابر اصل کارت پایان خدمت

3- فتوکپی برابر اصل صفحات شناسنامه

4- اصل گواهینامه قبولی

5- اصل پروانه موقت، گواهی انجام طرح و یا تاییدیه تعلیق طرح



6- اصل عدم اعتیاد، سود پیشینه، کارت صحت سلامت و واکسیناسیون علیه هیپاتیت B

امضا و اثر انگشت

متقاضی:

تاریخ

نسخه اول : سابقه معاونت

نسخه دوم : اداره سلامت دهان و دندان

فرم شماره 5

فرم درخواست تمدید مجوز

معاونت محترم درمان و دارو

دانشگاه / دانشکده علوم پرشکب و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... شماره شناسنامه ..... صادره .....

متولد ..... دارای گواهینامه قبولی به شماره ..... کد ..... و مجوز اشتغال شماره

..... که در تاریخ .....

مهلت اعتبار مجوز اینجانب به اتمام می رسد خواهان تمدید اعتبار آن براساس دستورالعملهای وزارت بهداشت و

درمان و آموزش پزشکی می باشم .

نام و نام خانوادگی و

امضا

تاریخ