

مرکز/شبکه:..... معاونت امور بهداشتی
 نام واحد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
 کد فرم ۱۱۴-۰۳-۰۱ / / تاریخ تکمیل: / / شهید بهشتی
 فرم تایید برنامه های آموزشی برون بخش
 دوره تکمیل فرم : مودی
 نوع واحد: ستاد شبکه/مرکز بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی پایگاه بهداشتی خانه بهداشت

مرکز/شبکه:..... معاونت امور بهداشتی
 نام واحد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
 کد فرم ۱۱۴-۰۳-۰۱ / / تاریخ تکمیل: / / شهید بهشتی
 فرم تایید برنامه های آموزشی برون بخش
 دوره تکمیل فرم : مودی
 نوع واحد: ستاد شبکه/مرکز بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی پایگاه بهداشتی خانه بهداشت

عنوان برنامه: ضرورت اجرای برنامه: نیاز سنجی مناسبت خاص براساس ابلاغ از مراجع بالا سایر:.....
 عنوان گروه هدف: تعداد نفر
 تاریخ اجرا:
 مدت زمان آموزش:
 روش آموزش: سخنرانی سخنرانی و بحث نمایش عملی نمایش فیلم آموزشی سایر:.....
 وسایل کمک آموزشی: پمفلت/بروشور وایت برد فیلم آموزشی سایر:.....
 نوع ارزشیابی: پرسشنامه پرسش و پاسخ سایر:.....
 نام و امضای مدرس نام و امضای رابط آموزشی نام و امضای نماینده واحد برون بخش

عنوان برنامه: ضرورت اجرای برنامه: نیاز سنجی مناسبت خاص براساس ابلاغ از مراجع بالا سایر:.....
 عنوان گروه هدف: تعداد نفر
 تاریخ اجرا:
 مدت زمان آموزش:
 روش آموزش: سخنرانی سخنرانی و بحث نمایش عملی نمایش فیلم آموزشی سایر:.....
 وسایل کمک آموزشی: پمفلت/بروشور وایت برد فیلم آموزشی سایر:.....
 نوع ارزشیابی: پرسشنامه پرسش و پاسخ سایر:.....
 نام و امضای مدرس نام و امضای رابط آموزشی نام و امضای نماینده واحد برون بخش

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز:

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز: