نام مرکز / شبکه | دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی | کد فرم :۰۴-۱۹-۱۰۲

نام واحد : | معاونت امور بهداشتی | تاریخ تکمیل : / /

فرم ثبت فعالیتهای آموزشی بهداشت روان | ماه ☐

دوره تکمیل فرم : ماهانه

نوع واحد ستاد ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشتی ☐

ردیف	عنوان آموزشی	گروه هدف	شیوه آموزش	محل برگزاری	زمان برگزاری	فصل	مدت ساعت	تعداد شرکت کنندگان	ملاحظات

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