

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
شبکه بهداشت شهرستان / مرکز بهداشت
فرم گزارش برگزاری دوره‌های آموزشی گروهی
موضوع:

ماه: سال ۱۳۹۰.....
محل ارائه خدمت: گروه مخاطب: تاریخ برگزاری جلسه:
تعداد شرکت کننده: ساعت شروع جلسه: ساعت پایان جلسه: بسته کمک آموزشی:
شیوه آموزش: سخنرانی: کارگروهی: پرسش و پاسخ: نوع رسانه آموزشی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	اعلام حضور در جلسه *	ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	اعلام حضور در جلسه
۱				۱۳			
۲				۱۴			
۳				۱۵			
۴				۱۶			
۵				۱۷			
۶				۱۸			
۷				۱۹			
۸				۲۰			
۹				۲۱			
۱۰				۲۲			
۱۱				۲۳			
۱۲				۲۴			

سایر:

مشخصات مسئول محل ارائه خدمت

مشخصات ارائه دهنده خدمت و تکمیل کننده (کارشناس سلامت روان):

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء:

* اعلام حضور در جلسه توسط افراد شرکت کننده و با درج امضاء انجام پذیرد.