**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت بهداشت دانشگاه .................**

**فرم حضور و غیاب کلاس آموزشی رابطین سلامت**

**شبکه/مرکز.............. مرکز خدمات جامع سلامت................... پایگاه سلامت/خانه بهداشت.............**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | جلسات | ماه............. | ماه.............. | ملاحظات |
| نام و نام خانوادگی | جلسه اول | جلسه دوم | جلسه سوم | جلسه چهارم | جلسه اول | جلسه دوم | جلسه سوم | جلسه چهارم |
| / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کتابچه آموزشی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **موضوع آموزشی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **آموزش دهنده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |