6-فرم گزارش دوره های آموزشي گذرانده شده توسط داوطلب سلامت محله

پایگاه سلامت / خانه بهداشت .......................نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله ......................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان دوره | تعداد ساعت آموزشی | از تاریخ الی تاریخ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**- یکی از فعالیت های داوطلبان سلامت محله شرکت فعالانه آنها در کلا های آموزش ضوری و مجازی مجموعه آموزشی داوطلبان سلامت محله است این فرم و گزارش آن هر شش ماه یکبار جهت داوطلب سلامت محله تکمیل گردد**