5-فرم گزارش فعاليت های اجتماعي داوطلب سلامت محله

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان فعالیت | بلی/خیر | تاریخ | طول مدت همکاری (به ساعت قید شود) |
| **همکاری در طرح های ملی و محلی عنوان برنامه قید شود** |  |  |  |
| **عضویت در گروه های خودیار** |  |  |  |
| **مشاركت در برنامه نیازسنجی** |  |  |  |
| **مشاركت درجمع آوری اطلاعات جمعیتی خانوارها** |  |  |  |
| **جلب همکاری مسوولین محلی/شوراها در حل****مشکلات بهداشتی محله** |  |  | **نوع مشکل بهداشتی برطرف شده قید شود** |
| **عضویت در خانه مشاركت/ كانون سلامت محله** |  |  |  |

**-یکی از فعالیت های داوطلب سلامت محله مشارکت او در فعالیت های اجتماعی محله است این فرم هر 6ماه یکبار برای داوطلب سلامت محله تکمیل گردد**