



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت بهداشتی

فرم شماره ۲

ماه

سال

برنامه آموزشی مرکز بهداشتی / پایگاه

نتیجه آموزشی		شیوه آموزشی	نام مدرس	گروه هدف	محل برگزاری کلاس	ساعت برگزاری	موضوع آموزشی	تاریخ برگزاری
تشکیل نشد	تشکیل شد							
تشکیل علت عدم	تعداد فراگیران							

آموزش بهداشت مرکز بهداشت جنوب تهران امضاء رئیس مرکز