

نام مرکز سلامت جامعه شهری / پایگاه سلامت / خانه بهداشت

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت:.....مدرک تحصیلی.....

لطفا نظر خود را در رابطه با برگزاری کلاس آموزشی جهت خودتان با موضوعات ذیل بیان نمایید

۱- بهداشت بلوغ

۲- ایدز

۳- هیپاتیت

۴- تغذیه و کم خونی

۵- بهداشت فردی

۶- فعالیتهای بهداشت مدارس

۷- پدیکلوز

۸- تالاسمی

۹- اعتیاد

۱۰- سوانح و حوادث

۱۱- دیابت

۱۲- آنفولانزا

۱۳- بهداشت روان

۱۴- اهمیت صبحانه

۱۵- سایر بیماریها ذکر شود.....

۱۶- سایر موارد دلخواه ذکر شود:.....