فرم آماری برنامه هاي آموزشي كارشناس تغذيه (فرم شماره 5)

****

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران**

**معاونت بهداشت**

 **مركز بهداشت شهرستان..تهران......... مركز جامع خدمات سلامت.......... سال ............... سه ماهه ...........**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **مشخصات آموزش****آموزش گيرندگان** | **تعداد آموزش گيرندگان** | **تعداد دقیقه آموزش** | **مواد آموزشی/ روش ارائه آموزش** | **موضوع** |
| رهنمودها و گروه های غذایی  | تغذیه در گروه های سنی مرتبط | تغذیه و بیماری ها  | موضوعات متناسب با مناسبت ها | سایر |
| **مادران و مراقبین کودک** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جوانان**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ميانسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالمندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادران باردار و شیرده** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مراقبین سلا مت** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان درون بخش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان سایر سازمان ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فروشندگان موادغذايي، رستوران داران، اغذیه فروش ها، متصدیان بوفه مدارس** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نانوايان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماران** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر (رابطین )** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه : نام و نام خانوادگي مسئول مركز**

 **امضاء و تاريخ تكميل فرم : امضاء**