دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت بهداشت

## فرم شماره ۲

**برنامه آموزشی مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/خانه بهداشت..... ماه ..... سال .....**

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

**واحد آموزش و ارتقاء سلامت**