

### گواهی آموزش بهداشت در مدارس

گواهی میشود: خانم / آقای: .....

از مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت / خانه بهداشت.....

در تاریخ..... از ساعت..... تا..... جهت برگزاری جلسه آموزشی با موضوع.....

به مدرسه..... مراجعه و طبق جدول ذیل آموزشهای خود را ارائه نموده اند.

مهر و امضاء	کیفیت برنامه آموزشی از دیدگاه مسئولین مدرسه			مدت زمان جلسه	تعداد شرکت کننده	گروه هدف
	ضعیف	خوب	عالی			
مدیر مدرسه						دانش آموز
مسئول مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه						والدین
						کارکنان

### گواهی آموزش بهداشت در مدارس

گواهی میشود: خانم / آقای: .....

از مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت / خانه بهداشت.....

در تاریخ..... از ساعت..... تا..... جهت برگزاری جلسه آموزشی با موضوع.....

به مدرسه..... مراجعه و طبق جدول ذیل آموزشهای خود را ارائه نموده اند.

مهر و امضاء	کیفیت برنامه آموزشی از دیدگاه مسئولین مدرسه			مدت زمان جلسه	تعداد شرکت کننده	گروه هدف
	ضعیف	خوب	عالی			
مدیر مدرسه						دانش آموز
مسئول مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه						والدین
						کارکنان

