



دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
فرم ثبت نام داوطلبان آموزش گروهی

موضوع:

دانشگاه علوم پزشکی: شهرستان:

ماه: سال: ۱۳۹۰

نام نام خانوادگی کارشناس مراقب سلامت خانواده: محل ارائه خدمت:

گروه مخاطب: تاریخ برگزاری جلسه: تعداد شرکت کننده:

ساعت شروع جلسه: ساعت پایان جلسه: بسته کمک آموزشی:

شیوه آموزش: سخنرانی: ☐ کارگروهی: ☐ پرسش و پاسخ: ☐ نوع رسانه آموزشی:

سایر:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	اعلام حضور در جلسه *	ردیف	نام و نام خانوادگی	تلفن تماس	اعلام حضور در جلسه
۱				۱۳			
۲				۱۴			
۳				۱۵			
۴				۱۶			
۵				۱۷			
۶				۱۸			
۷				۱۹			
۸				۲۰			
۹				۲۱			
۱۰				۲۲			
۱۱				۲۳			
۱۲				۲۴			

نام و نام خانوادگی مسئول محل ارائه خدمت

مشخصات تکمیل کننده (کارشناس مراقب سلامت)

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء:

* اعلام حضور در جلسه پس از پیگیری کارشناس مراقب سلامت خانواده و موافقت داوطلب علامت زده (✓) می شود.