



دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
فرم گزارش برگزاری دوره‌های آموزش گروهی

موضوع:

دانشگاه علوم پزشکی: شهرستان:

ماه: سال: ۱۳۹۰.....

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			

مشخصات مسئول محل ارائه خدمت

مشخصات ارائه دهنده خدمت و تکمیل کننده (کارشناس سلامت روان):

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء:

* اعلام حضور در جلسه توسط افراد شرکت کننده و با درج امضاء انجام پذیرد.