

وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشكي

معاونت بهداشتی

دفتر ثبت مشخصات سفیر سلامت

مرکز بهداشت شهرستان: ارگان/سازمان/کارخانه: سال:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | **کد ملی**  **1** | **نام و نام خانوادگي سفیر سلامت**  **2** | **شماره تلفن همراه** | **سطح تحصیلات**  **3** | **سفیر افتخاري**  **4** | | **تاريخ عضويت**  **5** | **تاريخ تولد**  **6** | **جنس**  **7** | **وضعيت دوره‌هاي آموزشي** | | | | | | **وضعيت فعاليت\***  **14** | | | |
| **بله** | **خير** | **نام دوره**  **8** | **تاريخ**  **9** | **مدت**  **10** | **نحوه‌ي شركت در دوره‌ آموزشي**  **11** | | **امتياز كسب شده در دوره**  **12** | **فعال از نظر فردي** | **فعال از نظر خانوادگي** | **فعال از نظر اجتماعي** |
| **حضوري** | **غير‌ حضوري** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** وضعيت فعاليت:

* فعال از نظر فردي: گذراندن دوره‌هاي آموزشي و تكميل زيج خودمراقبتي براي خود
* فعال از نظر خانوادگي: تكميل زيج خودمراقبتي براي اعضاي خانوار و انتقال آموزش‌ها به آنها
* فعال از نظر اجتماعي: عضويت در شوراهاي محلي/ استانداري و فرمانداري/ تشكل‌هاي مردمي و گروه‌هاي خوديار