

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