

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

دانشگاه علوم پزشکی کاشان شهرستان: ماه: سال ۱۳۹۹ مرکز خدمات جامع/پایگاه سلامت:
گروه مخاطب: تاریخ برگزاری جلسه: ساعت شروع جلسه.....ساعت پایان جلسه.....بسته کمک
آموزشی:تعداد شرکت کنندگان:موضوع: شیوه آموزش: سخنرانی: کارگروهی:
پرسش و پاسخ: نوع رسانه آموزشی: سایر:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره تماس	اعلام حضور در جلسه *	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره تماس	اعلام حضور در جلسه *
۱				۲۱			
۲				۲۲			
۳				۲۳			
۴				۲۴			
۵				۲۵			
۶				۲۶			
۷				۲۷			
۸				۲۸			
۹				۲۹			
۱۰				۳۰			
۱۱				۳۱			
۱۲				۳۲			
۱۳				۳۳			
۱۴				۳۴			
۱۵				۳۵			
۱۶				۳۶			
۱۷				۳۷			
۱۸				۳۸			
۱۹				۳۹			
۲۰				۴۰			

مشخصات پزشک مسئول مرکز:
تاریخ و امضاء:

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

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