

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
معاونت بهداشتی - گروه آموزش و ارتقای سلامت
فرم صورتجلسه آموزش سفیران سلامت

تاریخ جلسه

تعداد سفیران سلامت آموزش داده شده در این جلسه

ردیف	نام و نام خانوادگی سفیر سلامت	شماره خانوار	کد ملی	شماره تماس	امضا
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

امضای آموزش دهنده:

نام و نام خانوادگی و سمت آموزش دهنده: