

آمار آموزش رابطین مراکز تحت پوشش

جمعیت آموزش دیده توسط رابط در خصوص عنوان ذکر شده	تعداد رابط آموزش گیرنده (به تفکیک عنوان آموزشی)	عنوان موضوع آموزشی به تفکیک	نام مرکز یا پایگاه یا خانه بهداشت مجری برنامه رابطین	تاریخ	
					سه ماهه اول
					سه ماهه دوم
					سه ماهه سوم
					سه ماهه چهارم

نام و نام خانوادگی مسئول پایگاه بهداشتی ضمیمه / غیر ضمیمه.....امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی امضاء

تاریخ تکمیل فرم :