آمار مرکز بهداشت شهرستان.....

برنامه داوطلبان سلامت محلات – شهری (جلب مشارکت مردمی)

شش ماهه .....سال.....

شهرستان	عنوان آموزشی	تعداد رابط آموزش دیده	تعداد جمعیت آموزش گیرنده از رابط

نام نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت پایگاه بهداشت..... امضاء تاریخ تکمیل فرم:.....