بسته‌ خدمتی‌ برنامه‌ ملی‌ جلب‌ مشارکت‌ اجتماعی‌ در قالب‌ داوطلبان سلامت‌

٦-فرم گزارش دوره هاي آموزشی‌ گذرانده شده توسط‌ داوطلب‌ سلامت‌ محله‌

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | پایگاه سلامت‌ / خانه‌ بهداشت‌ | ....................... |  |
|  | نام و نام خانوادگی‌ داوطلب‌ سلامت‌ محله‌ | ....................................... |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ردیف‌ | عنوان دوره |  | تعداد ساعت‌ آموزشی‌ |  | از تاریخ‌ | الی‌ تاریخ‌ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

-یکی‌ از فعالیت‌ های‌ داوطلبان سلامت‌ محله‌ شرکت‌ فعالانه‌ آنها در کلاس های‌ آموزش حضوری‌ و مجازی‌ مجموعه‌ آموزشی‌ داوطلبان سلامت‌ محله‌ است‌ این‌ فرم و گزارش آن هر شش‌ ماه یکبار جهت‌ داوطلب‌ سلامت‌ محله‌ تکمیل‌ گردد.