

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم ثبت نام داوطلبان آموزش گروهی

موضوع:........................................................

**دانشگاه علوم پزشكي:** .................................. **شهرستان:** .............................................

**ماه:** .............................. **سال ......139**

**نام نام خانوادگی کارشناس مراقب سلامت خانواده:** ........................................... **محل ارائه خدمت:** .................................................. **گروه مخاطب:** .................................... **تاریخ برگزاری جلسه:** ................................... **تعداد شرکت کننده:** .............................................

**ساعت شروع جلسه:**................................ **ساعت پایان جلسه: ................................... بسته کمک آموزشی:** ............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **تلفن تماس** | **اعلام حضور در جلسه \*** | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **تلفن تماس** | **اعلام حضور در جلسه** |
| **1** |  |  |  | **13** |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **14** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **15** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **6** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **7** |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **8** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **9** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **22** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **23** |  |  |  |
| **12** |  |  |  | **24** |  |  |  |

**شیوه آموزش: سخنرانی: □ کارگروهی: □ پرسش و پاسخ: □ نوع رسانه آموزشی:** ..............................................

سایر: .....................................................................

مشخصات تکمیل کننده (کارشناس مراقب سلامت) نام و نام خانوادگی مسئول محل ارائه خدمت

تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

\* اعلام حضور در جلسه پس از پیگیری کارشناس مراقب سلامت خانواده و موافقت داوطلب علامت زده (**✓)** می­شود.