

**دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**  
**فرم ثبت نام داوطلبان آموزش گروهی**

موضوع: .....

دانشگاه علوم پزشکی: ..... شهرستان: .....

ماه: ..... سال ..... 139

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: .....

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

سایر: .....

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			

نام و نام خانوادگی مسئول محل ارائه خدمت

مشخصات تکمیل کننده (کارشناس مراقب سلامت)

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء:

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