



دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
فرم گزارش برگزاری دوره‌های آموزش گروهی

موضوع:

دانشگاه علوم پزشکی: شهرستان:

ماه: سال: 139.....

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			

مشخصات مسئول محل ارائه خدمت

مشخصات ارائه دهنده خدمت و تکمیل کننده (کارشناس سلامت روان):

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء:

* اعلام حضور در جلسه توسط افراد شرکت کننده و با درج امضاء انجام پذیرد.