



فرم کلاسهای آموزش گروهی بیمار

کلاس/کارگاه/دوره

مدرس/مدرسین

تاریخ / / ۱۳۹

هدف:

گروه هدف:

مکان:

ردیف	نام و نام خانودگی	امضا	ردیف	نام و نام خانودگی	امضا
۱			۱۲		
۲			۱۳		
۳			۱۴		
۴			۱۵		
۵			۱۶		
۶			۱۷		
۷			۱۸		
۸			۱۹		
۹			۲۰		
۱۰			۲۱		
۱۱			۲۲		

نام و نام خانودگی و امضاء مدرس:

سرپرستار درمانگاه ها

سوپروایزر آموزش سلامت

مسئول کلینیک سلامت