

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
معاونت بهداشتی - گروه آموزش و ارتقای سلامت
فرم صورتجلسه آموزش سفیران سلامت

عنوان دوره آموزشی تاریخ جلسه تعداد سفیران سلامت آموزش داده شده در این جلسه

ردیف	نام و نام خانوادگی سفیر سلامت	کد ملی	شماره تماس	امضا
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				

امضای آموزش دهنده:

نام و نام خانوادگی و سمت آموزش دهنده: