

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرم صورتجلسه آموزش سفیر سلامت دانشجو

مرکز بهداشت شهرستان: دانشگاه: وابسته به وزارت علوم ☐ وابسته به وزارت بهداشت ☐

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سال تولد | کد ملی | تاریخ اولین<br>جلسه آموزشی | تاریخ دومین<br>جلسه آموزشی | تاریخ سومین<br>جلسه آموزشی | شماره تماس | امضا |
|------|--------------------|----------|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|------|
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |
|      |                    |          |        |                            |                            |                            |            |      |

نام و نام خانوادگی مدرس جلسه اول: نام و نام خانوادگی مدرس جلسه دوم: نام و نام خانوادگی مدرس جلسه سوم:

تذکر: در صورتی فرد به عنوان سفیر سلامت دانشجو محسوب می شود که سه جلسه آموزشی را بر اساس کتاب "خودمراقبتی جوانان" آموزش دیده باشد.

مهر و امضای آموزش دانشکده:

مهر و امضای مرکز بهداشت شهرستان: