دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

معاونت بهداشت

فرم ثبت مشخصات سفیر سلامت

**مرکز / پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت ................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** **سفیر سلامت** | **شماره پرونده خانوار** | **تعداد اعضای خانوار** | **سطح تحصیلات** | **سفیر افتخاري** | **تاریخ عضویت** | **تاريخ تولد (سال)** | نام **دوره‌هاي آموزشي****برگزار شده****برای سفیر** | **دريافت بسته آموزشي** | **تلفن همراه سفیر****(یا تلفن ثابت)** |
| **بله** | **خير** | **شماره پرونده****خانوارهاي تحت پوشش** |
| **بله**(نام بسته) | **خیر** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |