

فرم شماره ۲	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فرم تعیین نیازهای سلامت در تیم سلامت نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:
--------------------	---

منابع اخذ (استخراج) نیاز	فهرست نیازهای سلامت منطقه	اولویت	
		۱	
		۲	
		۳	
		۴	
		۵	
		۶	
		۷	
		۸	
		۹	
		۱۰	
		۱۱	
		۱۲	
		۱۳	
		۱۴	
		۱۵	
		۱۶	
		۱۷	
		۱۸	
		۱۹	
		۲۰	
سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده

