

فرم شماره ۴ ب

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها در تیم مسوولین و معتمدین

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی	
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			
۲۰			
اعضای شرکت‌کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت‌کننده	سمت و امضاء

