

فرم شماره ۴ ج	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....
<b>فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت‌بندی آنها در تیم سرخوشه‌ها</b>	
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										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">اعضای شرکت کننده</td> <td style="width: 25%;">سمت و امضاء</td> <td style="width: 25%;">اعضای شرکت کننده</td> <td style="width: 25%;">سمت و امضاء</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء					
اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء							

