

فرم شماره ۵

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

**فهرست و اولویت‌بندی مشکلات سلامت تیم نیازسنجی سلامت جامعه**

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

اولویت نهایی	جمع رتبه اولویت	رتبه اولویت در فهرست تیم			فهرست نیازهای سلامت	ردیف
		سرخوشه‌ها	مسئولین و معتمدین	سلامت		
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰
نام و نام خانوادگی و امضای نماینده سرخوشه‌ها		نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم مسئولین و معتمدین		نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم سلامت		

