

فرم شماره ۷	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محیطی شهری نام شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ جلسه:
--------------------	---

فهرست نیازهای سلامت	رتبه اولویت
	۱
	۲
	۳
	۴
	۴
	۶
	۷
	۸
	۹
	۱۰
	۱۱
	۱۲
	۱۳
	۱۴
	۱۵
	۱۶
	۱۷
	۱۸
	۱۹
	۲۰

