فرم شماره ۱

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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

فرم مشخصات اعضای شرکت‌کننده در جلسات تیم نیازسنجی سلامت جامعه

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت		شماره تماس		امضاء
		محلی	اداری	ثابت	همراه	