

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم ثبت خدمات گروهی

**دانشگاه علوم پزشكي:** .................................. **ماه:** .............................. **سال .... شهرستان:** ...............................................

**نام نام خانوادگی کارشناس ارائه دهنده خدمت:** ...................................... **محل ارائه خدمت:** ................................................ **گروه مخاطب:** .................................................... **نوع خدمت:** ......................................................................................................................

**تاریخ برگزاری جلسه:** ................................... **تعداد شرکت کننده:** ...................................

**ساعت شروع جلسه:** ................................... **ساعت پایان جلسه:** ...................................

**شیوه آموزش:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| سخنرانی:🞏 | کارگروهی: 🞏 | پرسش و پاسخ: 🞏 | سایر: ..................................................................... |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **تلفن تماس** | **امضا** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت |
| تاریخ و امضاء |

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی مسئول محل ارائه خدمت |
| تاریخ و امضاء |