

فرم شماره ۲

تدوین برنامه عملیاتی

شهر/ روستا:

شهرستان:

استان:

تاریخ:

نام شورا:

مشکل شناسایی شده	هدف کلی	هدف اختصاصی	فعالیت‌ها	نام مسوول	زمان اجرا	شاخص ارزشیابی

دستیابی به اهداف:

(بله خیر نیاز به زمان بیشتر (پر کردن این گزینه پس از یکسال از ثبت برنامه عملیاتی)
* آیا کارگاه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی توسط کارشناس آموزش سلامت شهرستان برگزار شده است؟

* ترجیحا براساس نتایج نیازسنجی سلامت جامعه باشد.