

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرم صورتجلسه آموزش مربیان بهداشت مدارس (برنامه سفیر سلامت دانش آموز)

مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	نام و نام خانوادگی مربی / رابط بهداشت	کد ملی	نام مدرسه / دبیرستان تحت پوشش	مقطع تحصیلی	شماره تماس	امضا

مهر و امضای مرکز بهداشت شهرستان:

تاریخ برگزاری جلسه آموزشی: