فرم شماره ۱

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان زنجان

مرکز بهداشت استان زنجان

مرکز بهداشت شهرستان .....

مرکز بهداشتی درمانی روستائی / شهری

ماه :

سال :

ردیف	خانه بهداشت	موضوع آموزش	تعداد گروه هدف	آموزش دهنده*	ضرورت انجام برنامه**	شیوه آموزش***	وسایل کمک آموزشی****	افراد شرکت کننده	ارزشیابي		ملاحظات
									بلي	خير	

* دراین ستون کد مربوط به آموزش دهنده را ثبت نمائید. ۱- پزشک ۲-ماما ۳-کاردان ۴- بهورز

** در این ستون کد مربوط به ضرورت انجام برنامه آموزشی را ثبت نمائید ۱- نیازسنجی ۲- ابلاغی از شهرستان ۳- مناسبت خاص ۴- وجود مشکل ویژه

*** در این ستون کد مربوط به شیوه آموزش را ثبت نمائید ۱- سخنرانی ۲-سخنرانی وبحث ۳- بحث در گروه کوچک ۴- داستان ۵- حل مسئله ۶- بارش افکار و پرسش وپاسخ ۷- اجرای نقش ۸- نمایش فیلم

**** دراین ستون کد مربوط به وسایل کمک آموزشی را ثبت نمائید ۱- پمفلت ۲- کتاب/کتابچه۳-فیلیپ چارت۴- پوسترچند نظری۵-عکس۶-وایت برد۷-مجله/بولتن ۸-ماکت۹-پوسترساخته شده توسط مربی۱۰-فیلم آموزشی

نام و نام خانوادگي تکمیل کننده

نام و نام خانوادگي مسئول مرکز بهداشتي درماني