فرم بازدید و حضور مراقب سلامت در مدارس تحت پوشش

 پایگاه سلامت:.......................... مرکزخدمات جامع سلامت :.............................. نام مراقب سلامت: ....................... سال تحصیلی : ...............

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام مدرسه | مقطع | جنسیت | مدرسه مروج سلامت می باشد؟ | روز ارائه خدمات در مدرسه **(شنبه،یکشنبه و ...)** | **تاریخ بازدید** | علت عدم بازدید/ تاریخ بازدید مجدد |
| بلی  | خیر | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |