



فرم آموزش گروهی

نام بخش:	تاریخ: / / ۱۳۹	ساعت:
آموزش دهنده:	عنوان آموزش:	
<u>اسامی آموزش گیرندگان</u>	امضاء	مهر و امضاء آموزش دهنده: مهر و امضاء رابط آموزش سلامت: مهر و امضاء سرپرستار بخش: