



## صورتجلسه دوره آموزشی

شماره مدرک:

شبکه بهداشت و درمان بویین میاندشت مرکز خدمات جامع سلامت ..... خانه بهداشت ..... شماره مدرک:

مکان جلسه:

زمان جلسه:

عنوان دوره:

تاریخ:

سرفصل های دوره آموزشی کارگاه .....

- 
- 
- 
- 

- 
- 
- 
- 
- 

بدینوسیله امضاء کنندگان ذیل با توجه به گذراندن دوره آموزشی متعهد می گردند تمامی موارد فراگرفته شده در کلاس های آموزشی را اجرا نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره تماس	امضاء و اثر انگشت
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

مهر و امضاء مسئول مرکز