|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز | خانه بهداشت | **تعداد تولد** | **تعداد مراقبت 3-5روزگی انجام نشده** | | نام و نام خانوادگی کودک | کد ملی کودک | تارخ تولد کودک | علت عدم انجام مراقبت 3-5روزگی |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

مرکز بهداشت............... خانه بهداشت.......... ماه...............