

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان  
خراسان رضوی

واحد آموزش و بازآموزی

قبل از اجرای دوره - ویژه  
شهرستان

فرم شماره ۱  
تقویم زمانی

| ملاحظات | ساعت آزمون |      | تاریخ آزمون |      | مکان برگزاری | نام و نام خانوادگی<br>دوره | مجرى دوره | ساعت خاتمه | ساعت شروع | ایام هفته |          |          |         |        |         |      | تاریخ خاتمه | تاریخ شروع | مدت (برحسب ساعت) | تعداد شرکت کنندگان | عنوان دوره آموزشی | ردیف |
|---------|------------|------|-------------|------|--------------|----------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|----------|----------|---------|--------|---------|------|-------------|------------|------------------|--------------------|-------------------|------|
|         | عملی       | کتبی | عملی        | کتبی |              |                            |           |            |           | جمعه      | پنج شنبه | چهارشنبه | سه شنبه | دوشنبه | یک شنبه | شنبه |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |
|         |            |      |             |      |              |                            |           |            |           |           |          |          |         |        |         |      |             |            |                  |                    |                   |      |

نام و نام خانوادگی و امضاء  
معاون بهداشتی شهرستان

نام و نام خانوادگی و امضاء  
کارشناس آموزش و بازآموزی ضمن خدمت کارکنان شهرستان

نام و نام خانوادگی و امضاء  
مسئول واحد مجری شهرستان