

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
واحد آموزش و بازآموزی

قبل از اجرای دوره - ویژه شهرستان	
فرم شماره ۲	مشخصات فراگیران

عنوان
دوره :

تاریخ

اجرای دوره : لغایت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	پست سازمانی	آخرین مدرک تحصیلی	محل خدمت	مدرس	مجری	فراگیر

نام و نام خانوادگی و امضاء
نام خانوادگی و امضاء
خانوادگی و امضاء
مسئول واحد مجری شهرستان
خدمت کارکنان شهرستان

نام و
نام و نام
کارشناس آموزش و بازآموزی ضمن
معاون بهداشتی شهرستان