

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

بعد از اجرای دوره - ویژه شهرستان	
فرم شماره ۶	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	مدت غیبت (به ساعت)	نمره به درصد	ملاحظات

نام و نام خانوادگی و امضاء
نام و نام خانوادگی و امضاء
خانوادگی و امضاء
استاد یا سرپرست اساتید
آموزش و بازآموزی ضمن خدمت کارکنان شهرستان
شهرستان

نام و نام
کارشناس
معاون بهداشتی