



دانشکده علوم پزشکی نیشابور
معاونت بهداشتی
گروه آموزش و ارتقاء سلامت

فرم جدول پیش بینی زمانبندی برنامه های آموزش سلامت

مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت / پایگاه :

تاریخ تهیه

روز..... ماه..... سال.....

ردیف	عنوان موضوع آموزشی	نام آموزش دهنده (مدرس)	گروه هدف	تاریخ آموزش	مکان آموزش	زمان آموزش (به دقیقه)	شیوه آموزش	وسایل کمک آموزشی	منابع آموزشی	ضرورت انجام برنامه آموزشی	شیوه ارزیابی / ارزشیابی	برگزاری جلسه		نظارت جلسه	
												بله	خیر	بله	خیر
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															

امضا

نام و نام خانوادگی بهورز / مراقب سلامت :