**پیوست 4: فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر داوطلب سلامت باید موجود باشد**

**6- فرم گزارش دوره های آموزشی گذرانده شده توسط داوطلب سلامت محله**

**پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ............................ نام و نام خانوادگی داوطلب سلامت محله ....................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **از تاریخ الی تاریخ** | **ساعت آموزشی** | **آموزش حضوری/مجازی** | **عنوان دوره** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\* یکی از فعالیت های داوطلب سلامت محله شرکت فعالانه آن در کلاس های آموزشی حضوری و مجازی مجموعه آموزشی داوطلبان سلامت محله است./ این فرم و گزارش آن هر 6 ماه یکبار جهت داوطلب سلامت محله تکمیل می گردد.**