معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار

فرم ثبت اطلاعات برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه سه ماهه سال 1396

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد سالمند آموزش دیده** | **تعداد کلاس برگزار شده آموزشی شیوه زندگی سالم** | | **تعداد سالمندان نیازمند آموزش در سال** | **تعداد کل سالمند بر اساس ذیج حیاتی** | **موضوع**  **گروه سنی** | |
|  | |  |  |  | | **60سال و بالاتر** | |

**نام ونام خانوادگی تنظیم کننده نام ونام خانوادگی مسئول مرکز**

**امضاء امضاء**