فرم طرح درس واحد بهداشت حرفه اي مركز بهداشت شهرستان اشتهارد

مركز خدمات سلامت جامع .....................

 كارگاه/ كارخانه ..................... تاريخ:

|  |  |
| --- | --- |
| موضوع آموزشي : | محل آموزش : |
| گروه هدف : | مدت آموزش : |
| تعداد فراگيران : | آموزش دهنده : |
| هدف اصلي :  |
| اهداف فرعي : |
| عناوين آموزشي | روش آموزش | مدت آموزش | وسايل آموزشي |
|  |  |  |  |
| تكاليف فراگيران : |
| ارزشيابي : |

ليست اسامي و امضاء فراگيران

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام واحد** | **امضاء** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |