



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 1- الف (۲۶ ع)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - شهری

مرکز بهداشتی درمانی شهری ..... پایگاه بهداشتی ضمیمه/غیر ضمیمه ..... ماه ..... سال .....

13	12	11	10		۹		8	7	6	5	4	3	2	1
			زن	مرد	زن	مرد								
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوار هایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد سایر داوطلبان	تعداد داوطلبان متخصص همکاری کننده با پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات در پایان ماه	خانوار تحت پوشش پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه	جمعیت تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه	نام پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه مجری برنامه			

تاریخ تکمیل فرم : .....

نام و نام خانوادگی مسئول پایگاه بهداشتی ضمیمه / غیر ضمیمه ..... امضاء

نام نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت پایگاه بهداشت ..... امضاء



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 1- ب (۶۷ ع)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - روستایی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی ..... خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه ..... ماه ..... سال .....

15	14	13	12		11		10	9	8		7	6	5	4	3		2		1
			زن	مرد	زن	مرد			قمر	اصلی					قمر	اصلی	قمر	اصلی	
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوارهایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد سایر داوطلبان سلامت	تعداد داوطلبان متخصص همکاری کننده با خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات در پایان ماه	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات در پایان ماه	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	خانوار تحت پوشش خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه واجد شرایط	جمعیت تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه واجد شرایط	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	نام خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه واجد شرایط و مجری

تاریخ تکمیل فرم : .....

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت خانه / پایگاه بهداشت روستایی ..... امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت خانه / پایگاه بهداشت روستایی ..... امضاء



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 2-الف (28 ع)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - شهری

مرکز بهداشتی درمانی شهری..... ماه ..... سال .....

14	13	12	11		10		9	8	7	6	5	4	3	2	1
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوار هایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد سایر داوطلبان		تعداد داوطلبان متخصص همکاری کننده با مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه		تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات در پایان ماه	خانوار تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه	جمعیت تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه	تعداد پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه مجری تحت پوشش مرکز	نام مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه	
			زن	مرد	زن	مرد									

تعداد پایگاه بهداشتی ضمیمه / غیر ضمیمه غیر مجری تحت پوشش مرکز:  تعداد مریبان دوره دیده:  تاریخ تکمیل فرم: .....

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت مرکز بهداشتی درمانی ..... امضاء نام و نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشتی در مانی ..... امضاء



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 2-ب (ع ۳۹)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - روستایی

مرکز بهداشتی درمانی روستای..... ماه ..... سال .....

15	14	13	12		11		10	9	8		7	6	5	4	3		2	1
			زن	مرد	زن	مرد			اصلی	قمر					اصلی	قمر		
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوار هایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد سایر داوطلبان سلامت		تعداد داوطلبان متخصص همکاری کننده با خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه		تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات موجود در پایان ماه		خانوار تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی واجد شرایط	خانوار تحت پوشش جمعیت تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی واجد شرایط	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه	اصلی	قمر	تعداد خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستایی ضمیمه یا غیر ضمیمه واجد شرایط و مجری تحت پوشش مرکز	نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی واجد شرایط و مجری

تعداد خانه های بهداشت واجد شرایط غیر مجری تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی:  تعداد روستاهای واجد شرایط غیر مجری تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی:  تعداد مریمان دوره دیده:

تاریخ تکمیل فرم: .....

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشتی درمانی: .....

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت مرکز بهداشتی درمانی: .....



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 3-الف (۲۰ ع)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - شهری

فصل ..... سال .....

14	13	12	11		10		9	8	7	6	5	4	3	2	1	
			تعداد سایر داوطلبان	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد داوطلبان	تعداد سایر داوطلبان										مرد
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوار هایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد سایر داوطلبان	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد داوطلبان	تعداد سایر داوطلبان	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این فصل همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این فصل همکاری خود را قطع کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلات در فصل	تعداد داوطلبان سلامت محلات در فصل	خانوار تحت پوشش برنامه	خانوار تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان	جمعیت تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان	تعداد پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه مجری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان	تعداد مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه

تعداد پایگاه بهداشتی ضمیمه / غیر ضمیمه مجری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان:

تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری غیر مجری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان:

تاریخ تکمیل فرم: .....

تعداد مریبان دوره دیده:

نام و نام خانوادگی رئیس/سرپرست مرکز بهداشت شهرستان ..... امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت مرکز بهداشت شهرستان ..... امضاء



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 3-ب (31 ع)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

آمار برنامه داوطلبان سلامت محلات - روستایی

فصل ..... سال .....

15	14	13	12		11		10	9	8		7	6	5	4		3	2	1
			تعداد سایر داوطلبان سلامت	تعداد داوطلبان سلامت	تعداد همکارانی که در این فصل همکاری خود را آغاز کردند	تعداد داوطلبان سلامت محلاتی که در این فصل همکاری خود را قطع کردند			تعداد داوطلبان سلامت محلات در پایان فصل	اصلی				قمر	تعداد روستاهای واجد شرایط و مجری برنامه تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان			
تعداد داوطلبان سلامت محلات که حداقل 6 ماه فعالیت داشته اند	تعداد خانوارهایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند	تعداد کلاسهای فوق برنامه																

تعداد خانوارهایی که حداقل 6 ماه دارای داوطلب سلامت محلات هستند

تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی واجد شرایط غیر مجری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان:

تاریخ تکمیل فرم: .....

تعداد مریبان دوره دیده:

تعداد روستاهای واجد شرایط غیر مجری تحت پوشش مرکز:

نام و نام خانوادگی رئیس / سرپرست مرکز بهداشت شهرستان .....

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت مرکز بهداشت شهرستان .....