# دانشگاه علوم پزشکی شیراز

## فرم صورتجلسه آموزش سفیر سلامت دانشجو

**مرکز بهداشت شهرستان:** **دانشگاه:** **وابسته به وزارت علوم** ☐ **وابسته به وزارت بهداشت** ☐

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سال تولد | کد ملی | تاریخ اولین جلسه آموزشی | تاریخ دومین جلسه آموزشی | تاریخ سومین جلسه آموزشی | شماره تماس | امضا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**نام و نام خانوادگی مدرس جلسه اول:** **نام و نام خانوادگی مدرس جلسه دوم:** **نام و نام خانوادگی مدرس جلسه سوم:**

**تذکر**: در صورتی فرد به عنوان سفیرسلامت دانشجو محسوب می شود که سه جلسه آموزشی را بر اساس کتاب "خودمراقبتی جوانان" آموزش دیده باشد.

مهر و امضای مرکز بهداشت شهرستان: مهر و امضای آموزش دانشکده: