جدول لیست افراد نمونه تعیین شده برای بررسی نیازهای سلامت شهرستان ...................................... مرکز جامع سلامت/ مرکز بهداشت درمانی ................................................... خانه بهداشت ......................سال ...................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه سنی زیر 18 سال | | | گروه سنی 40- 19 سال | | | گروه سنی 60- 41 سال | | | گروه سنی بالای 60 سال | | |
| نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول لیست افراد نمونه تعیین شده برای بررسی نیازهای سلامت شهرستان ...................................... مرکز جامع سلامت/ مرکز بهداشت درمانی ................................................... خانه بهداشت ......................سال ...................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه سنی زیر 18 سال | | | گروه سنی 40- 19 سال | | | گروه سنی 60- 41 سال | | | گروه سنی بالای 60 سال | | |
| نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه | نام – نام خانوادگی | شماره خانوار | نام سرخوشه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |