**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

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

**فرم صورت جلسه تیم هماهنگی نیازسنجی سلامت**

**نام شهرستان . ........................... نام مجتمع سلامت / مركز سلامت /مرکز بهداشتی درمانی ...............................................نام خانه بهداشت ........................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دستورجلسه : | **تاریخ جلسه** | **مدت جلسه** | |
| **شروع** | **خاتمه** |
|  |  |  |
| **شرح مباحث** | **ارائه کننده** | **سمت** | |
|  |  |  | |
| **مصوبات جلسه** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | |
|  |  |  | |
| **اعضای شرکت کننده** | **سمت** | **امضاء** | |
|  |  |  | |