**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**  |
|  |  |  |