



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آستان قدس رضوی

سازمان بهداشتی

فرم شماره ۱- فرم اعلام آمادگی جهت عضویت داوطلبانه در کانون سلامت محله

بسمه تعالی

نام پدر: کد ملی: اینجانب

میزان تحصیلات: شغل: متقاضی عضویت در کانون سلامت محله می باشم.

زمینه های مورد علاقه جهت همکاری با کانون سلامت محله:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> محیط زیست | <input type="checkbox"/> مادران | <input type="checkbox"/> پیشگیری و کنترل چاقی |
| <input type="checkbox"/> فرهنگ ترافیک | <input type="checkbox"/> کودکان | <input type="checkbox"/> پیشگیری و کنترل دیابت |
| <input type="checkbox"/> ایمنی | <input type="checkbox"/> نوجوانان و جوانان | <input type="checkbox"/> پیشگیری و کنترل فشار خون |
| <input type="checkbox"/> فناوری اطلاعات و فضای مجازی | <input type="checkbox"/> میانسالان | <input type="checkbox"/> پیشگیری از مصرف دخانیات |
| <input type="checkbox"/> هنر | <input type="checkbox"/> سالمندان | <input type="checkbox"/> پیشگیری از اعتیاد |
| <input type="checkbox"/> ادبیات | <input type="checkbox"/> آموزش | <input type="checkbox"/> سبک زندگی سالم |
| <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر عنوان)..... | <input type="checkbox"/> پژوهش | <input type="checkbox"/> ورزش و تفریحات سالم |
| | <input type="checkbox"/> کتاب و کتابخوانی | <input type="checkbox"/> قرآن و عترت |

آدرس:

کد پستی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

ایمیل: تاریخ و امضاء