

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک

معاونت اجتماعی / اداره امور اجتماعی



فرم شماره 4 : گزارش اطلاعات مجامع کانون سلامت محله : به شبکه بهداشت و درمان :

سال:		فصل:	
تعداد مصوبات در حال پیگیری	تعداد مصوبات اجرا شده	تعداد مصوبات	تعداد مجمع سلامت محله برگزار شده

امضاء

نام و نام خانوادگی دبیر کانون سلامت محله: