

فرم گزارشدهي برگزارى كلاس

شهرستان..... سازمان.....

از تاريخ..... تا تاريخ.....

ردیف	گروه هدف	مکان	تاریخ	تعداد مدعوین	نام مربی	نمره پیش آزمون	نمره پس آزمون

امضاء مدیر گروه بیماریها

امضاء کارشناس برنامه