|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  استان چهارمحال و بختیاری  مرکز بهداشت استان  واحد آموزش و ارتقای سلامت | | | | | Arm150_2.bmp | | | | **فرم شماره 1**  مشخصات مروّجان و حامیان سلامت  مرکز بهداشت شهرستان: .................... | | | | | |
| بخش اول (این بخش توسط *داوطلب* تکمیل می گردد.) | | | | | | | | | | | | | | |
| نام: | | نام خانوادگی: | | | | نام پدر: | | | | | | | کد ملی: | |
| سال تولد: | | محل صدور: | | | | سطح تحصیلات: | | | | | | | رشته تحصیلی: | |
| نشانی محل سکونت: | | | | | | | | | | | | | | |
| شماره تلفن ثابت: | | | شماره تلفن همراه: | | | | | | | | شماره تلفن محل کار: | | | |
| محل کار: | | | سابقه کار: سال | | | | | | | | سمت/ شغل: | | | |
| نشانی محل کار: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| بخش دوم (این بخش توسط *واحد آموزش و ارتقای سلامت شهرستان* تکمیل می گردد.) | | | | | | | | | | | | | | |
| نوع همکاری: خیّر🞏 حامی🞏 رابط🞏 مربی🞏 سایر(با ذکر نام): 🞏(تعدد موارد بلامانع است) | | | | | | | | | | | | تاریخ شروع همکاری: | | |
| توضیحات: | | | | | | | | | | | | | | |
| **سابقه ی حضور در دوره های آموزشی (به عنوان فراگیر)** | | | | | | | | **سابقه ی سایر همکاریها و فعالیتها** | | | | | | |
| تاریخ | عنوان دوره | | | مدت | | | تاریخ | | | عنوان فعالیت | | | | ملاحظات |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
| **سابقه ی حضور در دوره های آموزشی (به عنوان فراگیر)** | | | | | | | **سابقه ی سایر همکاریها و فعالیتها** | | | | | | | |
| تاریخ | عنوان دوره | | | مدت | | | تاریخ | | | عنوان فعالیت | | | | ملاحظات |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
| * این فرم باید باید پس از تکمیل در واحد آموزش و ارتقای سلامت شهرستان نگهداری و اطلاعات آن به طور دائم بهنگام باشد. * در صورت عدم تمایل داوطلب به تکمیل کامل مشخصات، باید نظر ایشان محترم شمرده شود.   تعاریف:  **خیّر**: افرادی که کمکهای مالی اعم از نقدی و غیرنقدی در اختیار نظام سلامت یا برنامه های بین بخشی سلامت قرار دهند.  **حامی**: افرادی که با استفاده از جایگاه و موقعیت اجتماعی، مذهبی، سیاسی یا اداری خود به پیشبرد برنامه های سلامت کمک می کنند (امام جمعه، فرماندار، روسای ادارات، معتمدین محل، شوراها و...)  **رابط**: افرادی که با استفاده از امکانات ارتباطی و استقرار خود در یک بخش (برون بخشی) نقش انتقال مواد و رسانه های آموزش سلامت را از یک سو و انعکاس خواسته ها، نظرها، پیشنهادها و مشکلات در زمینه ی سلامت را از سوی دیگر برعهده دارند.  **مربی**: افرادی که با طی دوره های آموزشی (حداقل به مدت 16 ساعت) یا دارا بودن مدارک دانشگاهی مرتبط با سلامت، برای آموزش مخاطبین برنامه ها در سایر بخشها (برون بخشی) فعالیت دارند. | | | | | | | | | | | | | | |