فرم طرح درس واحد بهداشت حرفه اي مركز بهداشت شهرستان كرج

مركز سلامت جامعه .....................

كارگاه/ كارخانه ..................... تاريخ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| موضوع آموزشي : | محل آموزش : | | |
| گروه هدف : | مدت آموزش : | | |
| تعداد فراگيران : | آموزش دهنده : | | |
| هدف اصلي : | | | |
| اهداف فرعي : | | | |
| عناوين آموزشي | روش آموزش | مدت آموزش | وسايل آموزشي |
|  |  |  |  |
| تكاليف فراگيران : | | | |
| ارزشيابي : | | | |

ليست اسامي و امضاء فراگيران: