وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 7

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............

**فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت تیم نیاز سنجی سلامت جامعه**

**نام شهرستان : ................................... مرکز خدمات جامع سلامت :........................................تاریخ جلسه : ............................**

|  |  |
| --- | --- |
| **فهرست نیاز های سلامت** | **اولویت** |
|  | 1 |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
|  | 5 |
|  | 6 |
|  | 7 |
|  | 8 |
|  | 9 |
|  | 10 |
|  | 11 |
|  | 12 |
|  | 13 |
|  | 14 |
|  | 15 |
|  | 16 |
|  | 17 |
|  | 18 |
|  | 19 |
|  | 20 |