

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز بهداشتی درمانی.....

نام دبستان..... تاریخ بازدید.....

ناحیه آموزش و پرورش:..... نام مهد کودک.....

فعالیتها :

پایه تحصیلی	تعداد دانش آموزان یا کودکان مهد آموزش دیده	زمان آموزش به دقیقه	تعداد معاینه شدگان	تعداد فلوراید تراپی	ملاحظات

موضوعات آموزش :

-1

-2

-3

پیشنهادهای :

-1

-2

نام و نام خانوادگی مدیر دبستان/مهد کودک و مهر و امضاء .
نام و نام خانوادگی دندانپزشک و ام

توجه: این فرم در دو نسخه تکمیل و یک برگ در مدرسه یا مهد کودک و برگه دوم در مرکز بهداشتی درمانی بایگانی گردد