**فرم گزارش بازدید انجام شده جهت ارسال به شهرستان ها شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **واحد بازدید** | **نقاط قوت** | **نقاط قابل اصلاح** | **مسئول پی گیری** | **مدت زمان لازم جهت پی گیری** | **پیشنهادات ناظر** |
| مرکز بهداشتی درمانی ................... |  |  |  |  |  |
|  **خانه بهداشت****.....................****نام بهورز...............** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد پزشک مرکز بهداشتی درمانی****..................****آقا/خانم دکتر****..................** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد ماما مرکز بهداشتی درمانی..................****آقا/خانم ..................** |  |  |  |  |  |
| **عملکرد مسئول گروه توسعه خانم/آقای................................** |  |  |  |  |  |