GEBE OKULU EĞİTİM RAPORU (HASTANE)

İLİN ADI : .....

KURULUŞUN ADI :
.....

EĞİTİM DÖNEMİ :
.....

	EĞİTİM SEANS SAYISI	**EĞİTİM VERİLEN TOPLAM GEBE SAYISI**
TOPLAM		

*** İldeki Mevcut 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu Sayısı** *(Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Hizmeti Veren)*	
*** Gebe Eğitimi Yapan 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu Sayısı** *(Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Hizmeti Veren)*	

Formu Düzenleyen; **Formu Onaylayan;**

Adı Soyadı / Görevi İmza - Tarih

Adı Soyadı / Görevi İmza - Tarih

NOT:

• Form 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu tarafından aylık olarak İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirilecektir. • Halk Sağlığı Müdürlüğünce ise formun 3 ayda bir icmali alarak THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığına bildirecektir.

*Bu bölüm Halk Sağlığı Müdürlüğünce düzenlenecektir.