

Nazwa / pieczęć Podmiotu Leczniczego:

Imienny rejestr osób uczestniczących w **edukacji zdrowotnej** w miesiącu 2024 roku

lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog
(podkreślić właściwe)

Imię i nazwisko Edukatora:

L.P	DATA EDUKACJI	IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	EDUKACJA : PIERWSZY RAZ (P) KOLEJNY RAZ (K)	EDUKACJA STACJONAR NA *	EDUKACJA TELEFONICZ NA*	EDUKACJA ON-LINE *

* zaznaczyć właściwe - X

Podpis Koordynatora Zadania

Podpis Edukatora