

Nazwa / pieczęć Podmiotu Leczniczego:

Imienny rejestr osób uczestniczących w **edukacji zdrowotnej** w miesiącu 2023 roku

lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog

(podkreślić właściwe)

Imię i nazwisko Edukatora:

L.P	DATA EDUKACJI	IMIĘ I PIERWSZA LITERA NAZWISKA UCZESTNIKA	EDUKACJA STACJONARNA *	EDUKACJA TELEFONICZNA*	EDUKACJA ON-LINE *

* zaznaczyć właściwe - X

Podpis Koordynatora Zadania

Podpis Edukatora