

فرم شماره ۱

اطلاعات مورد نیاز برای تصویب فعالیت جهادی در ستاد اردوهای جهادی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

ردیف	عنوان	توضیحات
۱	نام نهاد یا گروه جهادی برگزار کننده فعالیت جهادی	
۲	نام نهاد یا گروه جهادی همکار در فعالیت جهادی	
۳	هدف از برگزاری اردو و توضیحات لازم در خصوص اردوی درخواستی	
۴	تاریخ شروع اردو	
۵	تاریخ پایان اردو	
۶	استان محل برگزاری اردو	
۷	شهر/روستا	
۸	منطقه	
۹	تعداد دانشجوی زن شرکت کننده	
۱۰	تعداد دانشجوی مرد شرکت کننده	
۱۱	تعداد کارمند شرکت کننده	
۱۲	تعداد هیات علمی شرکت کننده	
۱۳	تعداد سایر شرکت کنندگان	
۱۴	نوع خدمات جهادی ارائه شده	
۱۵	نوع خدمات جهادی ارائه شده	
۱۶	فرد/نهاد/سازمان حمایت کننده و نحوه و نوع همکاری (مالی، هماهنگی، تجهیزات و مصرفی)	
۱۷	تعداد کلینیک سیار دندانپزشکی (کامیون) مورد نیاز برای اردو	
۱۸	تعداد مینی یونیت سیار دندانپزشکی مورد نیاز برای اردو	
۱۹	کل هزینه برگزاری اردو / تأمین کننده هزینه اردو	
۲۰	نام و نام خانوادگی و شماره تماس دبیر کانون / تشکل / مسئول برگزاری اردوی جهادی	

تاریخ تکمیل فرم درخواست برگزاری

ردیف	عنوان	توضیحات
۲۱	وضعیت بهداشتی و سلامت مردم منطقه	
۲۲	فاصله با خانه بهداشت یا مراکز درمانی	
۲۳	مشکلات بهداشتی شایع منطقه	
۲۴	دسترسی به مراکز بهداشتی	
۲۵	جمعیت منطقه	
۲۶	نسبت مرد و زن	
۲۷	تعداد کودکان	

فرم شماره ۲

مشخصات فردی متقاضیان برگزاری اردوی جهادی

ردیف	عنوان	توضیحات
۱	نام	
۲	نام خانوادگی	
۳	کد ملی	
۴	تاریخ تولد	
۵	شماره همراه	

اینجانب متعهد می شوم مسئولیت اردوی جهادی درخواست شده را بر عهده گرفته و در ارائه هرگونه خدمات مداخله ای درمانی، جهت هریک از افراد گیرنده خدمت پرونده درمانی تشکیل و کل گزارش اردو را به ستاد اردوهای جهادی دانشگاه ارائه دهم.

محل امضاء

فرم شماره ۳
درخواست استفاده از وسیله نقلیه در اردوهای جهادی



نام واحد درخواست کننده:	
مسئول واحد:	امضاء
مدت استفاده: روز	تعداد همراهان: مرد: نفر زن: نفر جمع کل: نفر
تاریخ استفاده: روز	مورخ: لغایت:
مبدأ حرکت:	مقصد:
ساعت حرکت:	ساعت برگشت:
مسیر رفت:	مسیر برگشت:
نوع وسیله درخواستی: <input type="checkbox"/> سواری <input type="checkbox"/> مینی بوس <input type="checkbox"/> کلینیک سیار دندانپزشکی <input type="checkbox"/> یونیت سیار دندانپزشکی	تعداد وسیله: دستگاه
نام و نام خانوادگی مسئول پیگیری برای هماهنگی:	
شماره تماس:	تاریخ: امضاء

