



تأهيل كوادر في مكافحة العدوى في المستشفيات

مركز/قسم المستشفى: _____		رقم التسجيل: _____		مركز/قسم المستشفى: _____		تاريخ: _____	
<p>أولاً: معلومات شخصية:</p> <p>الاسم: _____</p> <p>اللقب: _____</p> <p>الجنس: _____</p>							
<p>ثانياً: بيانات العمل:</p> <p>الوظيفة: _____</p> <p>الوحدة: _____</p> <p>التخصص: _____</p>							
<p>ثالثاً: بيانات التعليم:</p> <p>الدرجة العلمية: _____</p> <p>الجامعة: _____</p> <p>التخصص: _____</p>							
<p>رابعاً: بيانات التدريب:</p> <p>عدد الساعات: _____</p> <p>التخصص: _____</p>							
<p>خامساً: بيانات التواصل:</p> <p>العنوان: _____</p> <p>الهاتف: _____</p> <p>البريد الإلكتروني: _____</p>							
<p>سادساً: بيانات أخرى:</p> <p>ملاحظات: _____</p>							
<p>سابعاً: بيانات الإجابة:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>2. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>3. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>4. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>5. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>6. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>7. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>8. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>9. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>10. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>							
<p>توقيع: _____</p>							
<p>مركز/قسم المستشفى:</p> <p>_____</p>				<p>مركز/قسم المستشفى:</p> <p>_____</p>			
<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>				<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>			
<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>				<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>			
<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>				<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> غير متأكد</p>			

