



تاريخ الطلب	موضوع الفعالية	الجهة الطالبة للفعالية
		منسق الجهة الطالبة:
		رقم التواصل:
هدف الفعالية		
موعد إنتهاء تنفيذ الفعالية		موعد بداية تنفيذ الفعالية
<input type="checkbox"/> أخرى: .....	<input type="checkbox"/> فحوصات	<input type="checkbox"/> ورشة
		<input type="checkbox"/> محاضرة
تصنيف الفعالية		
عدد المستفيدين المتوقع من الفعالية		
الفئة المستفيدة من الفعالية		
الجزء الخاص بإدارة التثقيف والتعزيز الصحي		
<input type="checkbox"/> سبب الرفض:		<input type="checkbox"/> نعم
.....		<input type="checkbox"/> لا
الموافقة على تنفيذ الفعالية		
الموارد المطلوبة لتنفيذ الفعالية		
<input type="checkbox"/> أخرى: .....	<input type="checkbox"/> بشرية: .....	<input type="checkbox"/> مالية: .....
اعتماد الفعالية:		
مدير إدارة التثقيف والتعزيز الصحي		رئيس قسم التثقيف الصحي
	التاريخ	التاريخ
	التوقيع	التوقيع