جدول اطلاعات اعضای اصلی و همکار هسته آموزشی برنامه سلامت میانسالان شهرستان..... در سال .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	عضو اصلی/ همکار	واحد محل خدمت	پست سازمانی	سابقه خدمت (سال)	کد ملی	شماره تماس	تاریخ صدور ابلاغ