AFP Aktif Surveyans İl İzlem Formu (İl Sağlık Müdürlüğünde dosyalanacak)

İl:

Tarih:

Sıra No	Ziyaret edilen yerin adı	AFP Vakası		Ziyaret tarihi	Görüşülen kişinin adı, soyadı İmzası	Görüşen kişinin adı, soyadı	Açıklamalar
		+	-				

Her hafta ziyaret edilmesi gereken kurumların sayısı	
Ziyaret edilen kurum sayısı	
Bulunan AFP sayısı	