

טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת ילדים

מחוז חיפה

לכבוד
 גב' עינת ליפמן
 מזכירת הנהלה רפואית
 דוא"ל: EINATLI@clalit.org.il

ברצוני להירשם לקורס רפואת ילדים ב'

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר