



**טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת משפחה**  
**מחוז חיפה**

לכבוד  
גב' אלישבע הלפר  
"שירותי בריאות כללית" - הנהלה רפואית  
המגנים 104,  
חיפה 35024  
פקס: 04-8521265

ברצוני להירשם לקורס רפואת משפחה ב'

מס' ת.ז.								שם הרופא	

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר