

טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת משפחה

מחוז שרון-שומרון

לכבוד -
 גב' איילת שירום
 המחלקה לרפואת משפחה, מ.ר. "מאיר"
 טשרניחובסקי 59
 כפר-סבא 44281
 פקס: 09-7472606

ברצוני להירשם לקורס רפואת משפחה – ימי ד'

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר