



טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת ילדים
מחוז דרום

לכבוד
מזכירות ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
פקס: 08 – 6273587
דוא"ל: cme@bgu.ac.il

ברצוני להירשם לקורס רפואת ילדים

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר