

טופס רישום להשתתפות בקורסי רופאי משפחה מומחים (בימי ד')

נא לקרוא בעיון לפני מילוי הטופס
 ההשתלמות תתבצע בימי רביעי ותמשך 4 שעות.
 נא להקפיד למלא את כל הפרטים האישיים בכתב יד ברור.
יש להעביר טופס זה לאחר מילוי לאחר קבלת אישור מנהל המרפאה/מנהלת באמצעות הפקס למס': 08-9364007

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר

סטטוס (סמן בעיגול):

מומחה ברפואת משפחה / מתמחה ברפואת משפחה / רופא משפחה / אחר: _____