

טופס בקשה לאישור השתלמות במסלול אישי

שנה"ל 2013-2014

לכבוד

מר רובי כהן, רכז מנהלי

ביה"ס ללימודי המשך ברפואה

הפקולטה למדעי הבריאות

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ת.ד. 653, באר שבע 84105

פקס: 08-6273587

חלק א': פרטים אישיים

| מס' ת.ז. | | | | | | | | שם הרופא |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| | | | | | | | | |

| מס' רשיון | סוג התמחות |
|-----------|------------|
| | |

| מחוז | מרפאה |
|------|-------|
| | |

| טלפון עבודה | טלפון בית | טלפון נייד |
|-------------|-----------|------------|
| | | |

| מיקוד | רחוב ומספר | שם היישוב/עיר |
|-------|------------|---------------|
| | | |

תאריך: _____ חתימה: _____

חלק ב': פרטי ההשתלמות

מקום ביצוע ההשתלמות

| מרפאה / בי"ח | שם היישוב | טלפון |
|--------------|-----------|-------|
| | | |

פרטי הרופא האחראי

| שם פרטי ושם משפחה | תפקיד |
|-------------------|-------|
| | |

* יש לצרף בדף נפרד את תכנית ההשתלמות.

חלק ג': אישור המנהל הרפואי

הריני מאשר / אינני מאשר ביצוע השתלמות במסלול אישי.

לד"ר _____ מרפאה/מחלקה _____

שם המנהל הרפואי _____ חתימה _____ תאריך _____

חלק ד': אישור האוניברסיטה להגשת תכנית השתלמות:

מאושרת השתלמות במסלול אישי.

שם המאשר _____

חתימת המאשר _____

לא מאושרת השתלמות.

סיבת דחיית הבקשה:
