



**טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת ילדים
מחוז דן-פ"ת ומחוז ת"א-יפו**

לכבוד
גב' יהודית ארז, מזכירת ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
מרכז הדרכה ארצי – "שירותי בריאות כללית"
פקס: 037425432
דוא"ל: JuditEr@clalit.org.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

אישור מנהל/ת המנהלת

אישור מנהל/ת המרפאה

- מהמנהלת טופס הרישום יועבר להמשך טיפול מח' משאבי אנוש שתעביר את הטופס החתום לרופא.
- ההשתלמות הינה על חשבון יתרת ימי ההשתלמות העומדת לרשותך לשנה זו. במידה ולא נותרו ימים יחויב ע"ח חופשה.