



טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת משפחה
מחוז דן-פ"ת

לכבוד
גב' יהודית ארז, מזכירת ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
פקס : 037425432
דוא"ל: JuditEr@clalit.org.il

ברצוני להירשם לקורס רפואת משפחה ב'

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון נייד	טלפון בית	טלפון עבודה

שם היישוב/עיר	רחוב ומספר	מיקוד

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.