



**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](mailto:JuditEr@clalit.org.il)

ברצוני להירשם לקורס רפואת משפחה ג'

| 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.