

טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת משפחה
מחוז חיפה

לכבוד
 מזכירות המחלקה לרפואת משפחה
 רחוב שחף 6, בת-גלים
 חיפה 35013
 פקס: 04-8513059
 דוא"ל: fammed@netvision.net.il

ברצוני להירשם לקורס רפואת משפחה ד'

מס' ת.ז.								שם הרופא

מס' רשיון	סוג התמחות

מחוז	מרפאה

טלפון עבודה	טלפון בית	טלפון נייד

מיקוד	רחוב ומספר	שם היישוב/עיר