

**טופס השתלמות אישית**

מס' ת.ז.								שם הרופא	

מקום ביצוע השתלמות		מקום עבודה	

תאריך	מס' שעות*	נושא ההשתלמות	פרטי הרופא האחראי	חתימת הרופא האחראי***

(\*) סה"כ בהשתלמות יהיו 80 שעות.  
 (\*\*) דף זה יישלח לביה"ס ללימודי המשך ברפואה בתום תקופת ההשתלמות.  
 (\*\*\*) חתימת הרופא תמולא בסיום יום ההשתלמות.

**טופס השתלמות אישית – המשך**

חתימת הרופא האחראי***	פרטי הרופא האחראי	נושא ההשתלמות	מס' שעות*	תאריך

(\* סה"כ בהשתלמות יהיו 80 שעות.

(\*\*) דף זה יישלח לביה"ס ללימודי המשך ברפואה בתום תקופת ההשתלמות.

(\*\*\*) חתימת הרופא תמולא בסיום יום ההשתלמות.