

טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת ילדים

מחוז ירושלים

לכבוד

מזכירות ביה"ס ללימודי המשך ברפואה

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פקס: 02-6301220

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