

**טופס רישום למבחן ממיין**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 מס' ת. זהות: \_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_  
 טלפון להתקשרות: \_\_\_\_\_  
 דוא"ל: \_\_\_\_\_  
 מקום עבודה נוכחי: \_\_\_\_\_  
 מתעניינת/ת בקורס: \_\_\_\_\_

**השכלה אקדמאית:**

תחום	שם המוסד	שנת סיום	התואר

ידוע לי כי :

\*הליך הקבלה לקורסים להשתלמויות מוכרות הוא הליך נפרד ויש להירשם במועד לקורס הרצוי, לעמוד בקריטריון הקבלה הנדרש על ידי מנהל הסיעוד ולעבור את וועדות הקבלה בקמפוס.  
 \*בתום המבחן באחריות הנבחן להיכנס לפורטל האישי של מקצועות הרפואה, לצפות בציון ולהפיק ולהדפיס מכתב של אישור ציון.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אד 3/40 01.21