**לימודים לתואר ד"ר לרפואה לבעלי תואר ראשון - תוכנית ארבע שנתית אב"ג**

**טופס קורסי ליבה**

שם פרטי + משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם הקורס המלא** | **מספר הקורס** | **נק"ז** | **ציון** | **נלמד בסמסטר** | **שנה"ל** | **מוסד בו נלמד הקורס** | **הקורס נלקח בתואר / בנוסף לתואר** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |