

הסכמה להנחיית סטודנט/ית לתואר שני

בפקולטה למדעי הבריאות

הנני לאשר כי אני מסכים/ה להנחות את התלמיד/ה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____

בעבודת המחקר לתואר שני:

במחלקה/מגמה ל: _____ במידה שיתקבל/תתקבל ללימודים.

שם המנחה: _____

שם פרטי

שם משפחה

חתימת המנחה: _____ תאריך: _____