



טופס רישום להשתתפות בקורסים ברפואת ילדים
מחוז ירושלים

לכבוד
מזכירות ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
פקס: 08 – 6273587
דוא"ל: cme@bgu.ac.il

ברצוני להירשם לקורס רפואת ילדים

שם הרופא								מס' ת.ז.

סוג התמחות	מרפאה	מחוז

טלפון נייד	טלפון מרפאה

כתובת דואר אלקטרוני – ההוראה מתקיימת בזום ולכן ממומלץ לציין כתובת מייל פרטית
@