

מספר ת.ז. _____	שם הסטודנט _____			
חתימה המאשרת שהתלמיד מלא חובותיו וזכאי לעיון "עובר"	שם המעריך מטעם המחלקה	בית חולים	מחלקה	תאריך
				שבוע 1
				שבוע 2
				שבוע 3
				שבוע 4
				שבוע 5
				שבוע 6
				שבוע 7
				שבוע 8