**טופס רישום סמינרים**

**תואר שני, בי"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב**

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מסלול לימודים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רופא/ה/סטודנט/ית לרפואה: כן/ לא

\* סוג מפגש: פנימי = מטעם ביה"ס לבריאות הציבור או חוג אחר באוניברסיטת ת"א;

חיצוני = אחר, פירוט בנוהל השתתפות בהרצאות סמינריוניות

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **תאריך** | **נושא המפגש** | **מרצה/ים** | **מיקום (אם מקוון, יש לכתוב "מקוון")** | **סוג מפגש (פנימי או חיצוני\*)** | **מספר חתימות למפגש (לפי המפתח בעמוד הבא)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |