SACKLER FACULTY OF MEDICINE



 TEL AVIV UNIVERSITY

**הרשמה ללימודי תואר שלישי PHD)) - אישור מנחה**

 **נא למלא באופן מודפס**

הנני מבקש/ת להתקבל כתלמיד/ת מחקר לתואר (PHD) במדרשה לתארים מתקדמים בפקולטה לרפואה.

ברור לי שקבלתי היא על תנאי ומאפשרת לי או למנחה שלי לבקש להפסיק את הקשר עד לשלב אישור הצעת המחקר.

**שם התלמיד/ה מס' ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# למילוי ע"י המנחה

**שם המנחה/ים 1. 2.**

**חוג/ בית-חולים 1. 2.**

**הנני מוכן/ה לקבל על עצמי להנחות באופן פעיל את התלמיד/ה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ומתחייב/ת להיפגש עם התלמיד לפחות אחת לשבועיים ולהדריך בביצוע המחקר. לרשותי המשאבים הדרושים לביצוע המחקר בנושא :**

* **האם יתבצעו ניסויים עם חיות מעבדה ע"י התלמיד/ה** ( נא לסמן ) [ ]  **כן /** [ ]  **לא**

שם המנחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# למילוי ע"י ראש החוג / הנהלת בית-החולים / מנהל מכון

הנני מאשר/ת בזאת שהתשתית הדרושה לשם השלמת העבודה לקראת הכנת התזה לדוקטורט תעמוד לרשות

התלמיד/ה בהנחיה של במהלך 5 השנים הבאות.

שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_