



**לכבוד:**  
בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר  
אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב, תל אביב 6997801  
מזכירות הסטודנטים

## אבקש לרשום אותי להתמחות באנדודונטולוגיה נובמבר 2020

תאריך: \_\_\_\_\_

שם משפחה (בעברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (בעברית): \_\_\_\_\_

שם משפחה קודם (בעברית): \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

שם משפחה (באנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (באנגלית): \_\_\_\_\_

שם משפחה קודם (באנגלית): \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: רחוב \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

אזרחות: \_\_\_\_\_

שרות צבאי: \_\_\_\_\_

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: \_\_\_\_\_

תואר	שנת סיום	שנת התחלה	ארץ / עיר	מוסד	השכלה
					תיכונית
					אקדמית
					אקדמית
					אקדמית
					השתלמות

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

---



---



---



---

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים):

---



---



---



---



---



---



---

פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

---

---

---

---

תחומי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב):

---

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה (שירות לקהילה, וכד'):

---

---

מהן תוכניותיך לאחר גמר התמחותך:

---

---

---

היכן שמעת על התכנית?

---

---

---

- מצ"ב דמי הרישום בכרטיס אשראי בסך 600 ₪ / אישור על תשלום דמי רישום בסך 600 ש"ח
- הריני מאשר/ת שקראתי את כל המידע הרשום במכתב הקבלה להשתלמות המתקדמת ברפואת שיניים לילדים לשנת תש"פ

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראלכרט / ויזה / דיינרס / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

בתוקף עד:

\_\_\_\_\_

קוד בגב הכרטיס:

\_\_\_\_\_

פרטי בעל הכרטיס:

שם	מס' ת"ז	מס' טלפון

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_