

תמונה

לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר  
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801

## אבקש לרשום אותי להתמחות בשיקום הפה - אוקטובר 2024

תאריך: \_\_\_\_\_

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

שם משפחה קודם (בעברית): \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

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

שם משפחה קודם (באנגלית): \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: עיר \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

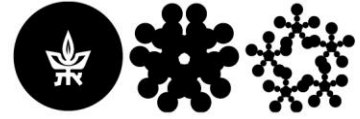
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

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)

---

---

---

---

---

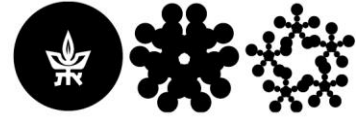
פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

---

---

---

---



שטחי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב).

---

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה: (שירות לקהילה וכד')  
מהן תכונותיך לאחר גמר התמחותך:

---

---

---

---

היכן שמעת על התכנית?

---

---

---