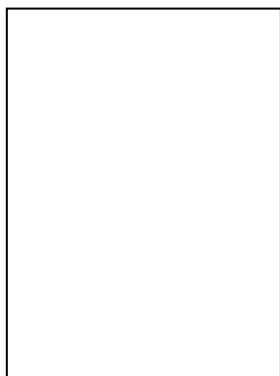




המחלקה לפתולוגיה אורלית, רפואת הפה ודימות מקסילופצילי

ראש המחלקה: ד"ר לזר כץ
מרכזת המחלקה: פרופ' מרלינה ורד
אחראית ההתמחות: ד"ר שושנה רייטר



לכבוד:

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

אבקש לרשום אותי להתמחות ברפואת הפה לשנת הלימודים תשפ"ו

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: _____



המחלקה לפתולוגיה אורלית, רפואת הפה ודימוות מקסילופציאלי

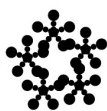
ראש המחלקה: ד"ר לזר כץ
מרכזת המחלקה: פרופ' מרלינה ורד
אחראית ההתמחות: ד"ר שושנה רייטר

מקום עבודה נוכחי וכתובת: _____

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

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים):



המחלקה לפתולוגיה אורלית, רפואת הפה ודימות מקסילופציאלי

ראש המחלקה: ד"ר לזר כץ
מרכזת המחלקה: פרופ' מרלינה ורד
אחראית ההתמחות: ד"ר שושנה רייטר

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 תוכניותיך לאחר גמר התמחותך:

היכן שמעת על התכנית?
