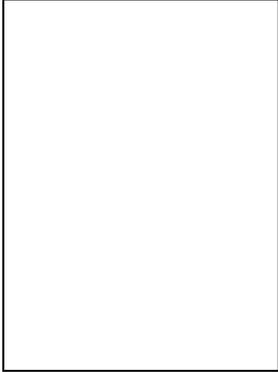


## המחלקה לפתולוגיה אורלית, רפואת הפה ודימות מקסילופציאל

ראש המחלקה: ד"ר לזר כץ

מרכזת המחלקה ואחראית ההתמחות בפתולוגיה אורלית: פרופ' מרלינה ורד



### לכבוד:

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

## אבקש לרשום אותי להתמחות בפתולוגיה אורלית 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: \_\_\_\_\_



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):

---



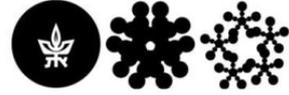
---



---



---



פרסים ותארים (גא 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?

---