

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר

בית הספר לבריאות הציבור

בקשה להכרה בקורס כ"קורס עודפים"

שם התלמיד: _____ ת"ז: _____

תחום: _____

טלפון: _____

הנני מבקש לקבל הכרה בקורסים הרשומים להלן ב"קורסים עודפים":

שם הקורס	מספר הקורס

תאריך: _____ חתימה: _____

למילוי ע"י יועץ החוג

מאשר/לא מאשר

תאריך: _____ חתימה: _____

דווח למחשב:

תאריך: _____ ע"י: _____ חתימה: _____