

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
ביה"ס לבריאות הציבור

טופס השתתפות בהרצאות סמינריוניות  
תואר שני

שם התלמיד \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ חוג לימודים: \_\_\_\_\_

מס' / סד'	תאריך	נושא ההרצאה	שם המרצה	מטעם החוג/ תחום	חתימת האחראי על הסמינר
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					