



תאריך: _____

טופס בקשה להתנסות פרטנית

שם הסטודנט/ית: _____

שנת לימודים: _____

מסלול לימודים: _____

פירוט הבקשה:

ברצוני לבקש התנסות קלינית פרטנית מהסיבות הבאות: (יש לצרף מסמכים מתאימים כמו: מילואים, חופשת מחלה, לידה, אישור לחופשה חריגה).

1. _____

2. _____

3. _____

לשימוש ביה"ס

חובות לימודים [] יש

פירוט החובות: _____

[] הבקשה אינה מאושרת

[] הבקשה מועברת לדיון בוועדה לענייני סטודנטים

[] אין

[] הבקשה מאושרת

מחלקה: _____

מנחה קליני: _____

תאריכים: _____

* מרכזת תכנית הלימודים הקלינית תוציא מכתב תשובה לסטודנט/ית עם העתק למרכזת מסלול הלימודים ולתיק אישי.

חתימת מרכזת תכנית הלימודים הקלינית

העתק: תיק אישי

מרכזת תחום קליני רלוונטי
מנהלת ביה"ס לרפואה