

ביה"ס לאחיות במרכז הרפואי שערי צדק
שמח להודיע על פתיחת תכנית השתלמות מוכרת באחיות

הדרכה קלינית

תנאי סף לקבלה לתכנית:

1. תושב ישראל או אזרח ישראל
2. בעלת תעודת רישוי של אח או אחות מוסמכים במדינת ישראל.
3. בעלת תואר ראשון מוכר באחיות - תואר מוכר באחיות הינו תואר שהוכר לאח או אחות על ידי הוועדה הבין-מוסדית ברשות אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר. רשימת התארים מתעדכנת מעת לעת בחוזר "חוגים אקדמיים מוכרים לצרכי שכר בשירות המדינה, שירותי בריאות כללית ובתי החולים" הדסה "ו"-שערי צדק - "אחיות".
4. הצגת ציון 70 לפחות במבחן הממייך מארבע השנים* הקלנדריות האחרונות קודם לשנת הרישום לתכנית ההשתלמות. פטור מהצגת ציון במבחן ממייך בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

היקף התכנית להשתלמות מוכרת באחיות בהדרכה קלינית:

300 שעות לימוד: 200 שעות לימוד עיוניות ו- 100 שעות התנסות קלינית (נכון לתכנית ההשתלמות לשנת 2025).
תכנית הלימודים תופעל על פי תכנית הלימודים של מנהל האחיות להשתלמות מוכרת בהדרכה קלינית לשנת 2026.

מסגרת הלימודים:

תחילת לימודים: יום שני, ט"ז טבת תשפ"ו, 05.01.2026, סיום לימודים: ט"ו חשוון תשפ"ו, 26.10.2026

הלימודים העיוניים יתקיימו ביום שני בין השעות 15:00-30:00: 8.

מבחן הרישוי הממשלתי יפורסם ע"י מנהל האחיות בהתאם ללוח המבחנים לשנת 2026.

שכר לימוד:

בהתאם להנחיות משרד הבריאות לשנת 2025 שכר הלימוד הינו 3,465 ש"ח דמי הרישום הינם: 120 ₪ (לא יוחזרו בכל מקרה).

ביה"ס שומר לעצמו את הזכות לבצע שינויים במידע הנ"ל ובשכ"ל בהתאם לעדכון מנהל האחיות לשנת 2026 ולעדכן בכך את הנרשמים/ות.

מועמד/ת יקר/ה שלום רב,

אנו שמחים על פנייתך להצגת מועמדות לקורס להשתלמות מוכרת באחיות בהדרכה קלינית.

לצורך הסדרת ההרשמה יש להגיש למזכירות ביה"ס לאחיות את המסמכים הבאים

- ◀ טופס רישום למועמד/ת.
- ◀ צילום תעודת זהות עם הספח (צילום+מקור) לבעלי תעודת זהות ביומטרית יש לצלם גם את גב הכרטיס
- ◀ תעודת רישוי באחיות כאחים ואחיות מוסמכים בעלי תעודה קבועה, מפנקס המורשים לעסוק באחיות. (צילום +מקור)
- ◀ תעודת בוגרי תואר אקדמי מוכר באחיות – העבירו אחד מהמסמכים הבאים:
 - תעודה המעידה על תואר אקדמי מוכר באחיות, מאחד המוסדות להשכלה גבוהה בישראל, המוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה.
 - אישור זכאות לתואר מוכר באחיות חתום על ידי מוסד אקדמי בישראל המוכר על ידי המלי"ג
 - בעלי תואר מוכר באחיות מטעם מוסד להשכלה גבוהה בחו"ל – אישור זכאות לתואר מוכר באחיות בצירוף אישור של הוועדה להערכת תארים ודיפלומות אקדמיים מחו"ל במשרד החינוך על שקילות התואר לתואר אקדמי בישראל.
- ◀ בוגרי מסלול הסבת אקדמאים לאחיות – תעודת מבית הספר לאחיות המעידה על סיום מסלול הכשרה להסבת אקדמאים לאחיות בישראל + תעודת תואר אקדמי (מקור).
- ◀ הצהרה על העדר רישום פלילי
- ◀ טופס הצהרת בריאות
- ◀ טופס ויתור סודיות
- ◀ טופס חוות דעת ממונה ישיר
- ◀ טופס המלצה על מועמד/ת להשתלמות מוכרת באחיות מטעם המוסד המעסיק
- ◀ אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית
- ◀ פרטי שדה ומנחה קליני ליישום תוכנית ההתנסות הקלינית
- ◀ אישור חיסונים – נספח ג' בהתאם לנוהל משרד הבריאות
- ◀ אישור על עמידה במבחן ממיין לתכנית הקורסים העל בסיסים, בציון 70 ומעלה, שבוצע במהלך 4 השנים הקודמות לשנת הרישום לקורס (מקור + צילום)
- ◀ קבלה על תשלום 120 ₪ דמי רישום (לא יוחזרו במקרה של ביטול הרשמה)

בעלי פטור ממבחן ממיין - נא לצרף אחד מהמסמכים הבאים:

- תעודת בוגר קורס על בסיסי שניתנה במהלך 5 השנים* הקודמות לשנת הרישום לקורס
- אישור חתום של מנהל האחיות המעיד על ציון 70 ומעלה במבחן רישום ממשלתי למעמד אח או אחות מוסמכים מ 5 שנים* שקדמו למועד הרישום.
- תעודת בוגר תואר PhD מוכר במדינת ישראל.

*בהתאם להוראת השנה לשנת 2025 בקשר עם קורסים על בסיסים המתוכננים להיפתח בשנת 2026

לידיעת המועמדות:

יש להגיע למזכירות ולהגיש באופן אישי מסמכים מקוריים (לא יתקבלו מסמכים סרוקים במייל) מזכירות בית הספר תטפל ברישום מועמדות/ת רק במידה והגיש/ה את כל המסמכים הנדרשים. קבלת קהל במזכירות בית הספר מתקיימת בימי ב - ה בין השעות 09:00-13:00 לתיאום מועד אחר נא לשלוח מייל: rishum@szmc.org.il

תהליך קבלה:

1. טופס רישום ייקלט רק במידה והמועמדות/ת עמדה/ה בכל תנאי הקדם והגיש/ה את כל המסמכים כנדרש.
2. בית הספר לאחיות שומר לעצמו את הזכות לקבל את המועמדות/ת המתאימה ביותר בהתאם לקריטריונים שנקבעו לקבלה לקורס.
3. עדיפות בקבלה תינתן למועמדים בעלי המלצה מטעם המוסד המעסיק.

קבלה להשתלמות מוכרת:

1. הודעה על קבלה או אי קבלה לקורס תישלח למועמדות/ת בכתב באמצעות הדואר האלקטרוני.
2. החלטת ביה"ס על קבלה או אי קבלה של מועמד, כוחה יפה רק לאותה שנת לימודים. מועמדות/ת שהתקבלה ולא מימשה/ה זכות/ה ללימודים ומעוניינת/ת ללמוד בשנת לימודים אחרת, חייבת/ת להציג מועמדות בשנית.

מספר המקומות בקורס מוגבל

הרישום מסתיים ב-30.09.2025 או/ו כאשר יתמלאו כל המקומות בקורס.

פתיחה סופית של הקורס מותנית במספר הנרשמים ובאישור סופי של המרכז הרפואי שערי צדק ומשרד הבריאות

לפרטים נוספים ניתן לפנות: דנה אלמוג, מדור רישום בית ספר לאחיות 02-6555494, rishum@szmc.org.il



תאריך: _____

טופס רישום

השתלמות מוכרת באחיות קורס הדרכה קלינית

כללי

1. שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____

2. השם המלא בלועזית _____ השם הקודם (אם שונה) _____

סיבת השינוי _____ מין _____

3. ארץ לידה _____ תאריך לידה _____ תאריך עליה _____

4. מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/ה גרוש/ה אלמן/ה אחר _____

5. מס' ילדים: _____ טווח גילאים: _____

6. המען הנוכחי: עיר _____ רח' _____ מס' _____ מיקוד _____

מס' טלפון בבית _____ נייד _____
כתובת דואר אלקטרוני E.MAIL _____

7. שם וקרבה משפחתית של האדם הקרוב ביותר (למסירת הודעות במקרי חרום)

שם _____ קרבה משפחתית _____ טלפון בבית/נייד _____

השכלה כללית ומקצועית (סמן את הרלוונטי)

| תעודה | תאריך סיום | תאריך התחלה | מקום ביה"ס עיר/ארץ | שם ביה"ס | בית הספר |
|-------|------------|-------------|--------------------|----------|---------------------------|
| | | | | | בי"ס לאחיות מעשיות |
| | | | | | בי"ס לאחיות מוסמכות |
| | | | | | קורס על בסיסי |
| | | | | | תואר ראשון |
| | | | | | תואר שני |
| | | | | | השתלמויות מקצועיות ואחרות |
| | | | | | השתלמויות מקצועיות ואחרות |
| | | | | | השתלמויות מקצועיות ואחרות |

מקום העבודה נוכחי:

שם המוסד: _____ מחלקה: _____
 תפקיד: _____ היקף משרה _____ וותק מקצועי במקום עבודה נוכחי החל
 מתאריך: _____ סה"כ _____ שנים / חודשים
 (מתחת לשנתיים וותק נא לציין מס חודשים)

מקומות עבודה מיום גמר הלימודים בביה"ס לאחיות ועד מקום עבודה נוכחי:

| שם המוסד | מחלקה | היקף משרה | תקופת העבודה | סיבת סיום התפקיד |
|----------|-------|-----------|--------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ניסיון בהדרכה

השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים פרויקטים):

קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמות לימודים)

שאיפות ותכניות לעתיד:

חברות בוועדות ובארגונים:

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

הערות נוספות:

הנני לאשר כי כל הפרטים בשאלון הינם נכונים ומולאו על ידי.

ולראיה באתי על החתום:

שם _____ חתימה _____ תאריך _____

תאריך _____

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי
מועמדים ללימודים בבתי ספר לאחיות

מועמד ללימודי אחיות ולימודי התמחות (קורסים על בסיסיים) בבתי ספר לאחיות, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית באחיות, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לעניין רישום הפלילי:

המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים באחיות בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א): "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק באחיות."
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות אחיות במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11: "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק באחיות, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6: "מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."
4. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____ תאריך: _____



הצהרת על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____ ת.ז. _____
מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי /לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל.
במידה והורשעתי, נא פרטי/ העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודיי, זאת לאחר שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי אחיות ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____



הצהרת בריאות

הריני מצהירה בזה כי :

אינני סובלת/ולא סבלתי ממחלה מסכנת, לרבות ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק באחיות לחלוטין, זמנית או חלקית.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר ת"ז: _____

תאריך: _____



כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד _____

אני החתומה מטה :

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מבקשת בזה למסור למנהלת ביה"ס לאחיות או לכל מי שמונה על ידי המנהלת לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בביה"ס לאחיות שערי צדק (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – על המידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני פוטר מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל מחובת הסודיות החלה, או זה שתחול, עליו על פי הדיון, הסכם ו/או נוהג ומאשרת ומצהירה כי לא תהינה לי כל טענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהא בר תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס אליי, לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון (ושלטונות צה"ל), קופות חולים, בתי חולים, רופאים וכיו"ב.

לראיה באתי על החתום

היום _____ לחודש _____ שנת _____ חתימה _____



לכבוד

מועמד/ת לקורס על בסיסי

שלום רב,

עפ"י הנחיות משרד הבריאות תלמידי מקצועות הבריאות מחויבים להיות מחוסנים.

מצ"ב הנחיות לנוהל משרד הבריאות בדבר החיסונים.

https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk05-2023/he/files_circulars_mk_mk05_2023.pdf

את נספח ג' יש להגיש עם כל המסמכים במסגרת תהליך הקבלה.

בברכה,

הנהלת ביה"ס



טופס חוות דעת אחות אחראית מחלקה על אחות מוסמכת מועמדת לקורס הדרכה קלינית

הינך מתבקשת/ת למלא את הגיליון הרצ"ב באופן שישקף את תפקוד האחות/ות כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתקופת עבודתך/ה במחיצתך. חוות דעתך חשובה לנו.

מחלקה ומרפאה:

שם המוסד:

תחילת עבודה במחלקה הנוכחית

תאריך תחילת עבודה במוסד:

פרטים מזהים של המועמדות:

- שם המועמדת _____ מס' ת.ז. _____.
- תפקיד נוכחי _____ בתחום _____.
- ניסיון קודם _____.
- שם המעריך/ה _____ תפקיד המעריך/ה _____.
- התקופה שהמעריך/ה מכיר/ה את המועמדת/ת _____.

הנחיות למילוי הטופס:

לפניך הגדים להערכת תחומי תפקוד האחות/ות בעבודה. הנך מתבקשת/ת לציין באופן מדויק ככל הניתן עד כמה מאפיין כל הגד את המועמדת. נא סמני/י ב-x את הסולם המתאים ביותר. בסעיף הערות אנא צייני/י דוגמאות שיבטאו את ההיגדים. ניתן להוסיף נושאים נוספים שלא באו לידי ביטוי.

א. אתיקה מקצועית

| מאפיין | במידה רבה מאד | במידה משמעותית | במידה בינונית | במידה מועטה | לא רלוונטי |
|------------------------------------|---------------|----------------|---------------|-------------|------------|
| פועלת/ת בהתאם לחוק זכויות החולה | | | | | |
| שומרת/ת על כללי האתיקה | | | | | |
| מדווחת/ת על טעויות ואירועים חריגים | | | | | |

הערות: _____

ב. ידע ועשייה סיעודית

| מאפיין | תמיד | לעיתים קרובות | לפעמים | לעיתים רחוקות | אף פעם | לא רלוונטי |
|--|------|---------------|--------|---------------|--------|------------|
| בעלת/ת ידע מקצועי בהתאם להכשרתו/ה יכולת למידה | | | | | | |
| מיישמת/ת בפעולותיו/יה את הידע שרכשה | | | | | | |
| מנהלת/ת את הטיפול במטופל עפ"י עקרונות מקצועיים בהתאם לנוהלי המוסד (מבצעת/ת אומדן, תכנון, התערבות טיפולית, הדרכה, הערכה ודיווח) | | | | | | |
| מקבלת/ת החלטות בתחום סמכותו/ה, פועלת בשיטתיות על סמך ידע ונתונים | | | | | | |
| מבטיחה/ה בטיחות ואיכות טיפול תוך מתן מענה לצרכים פיזיים ונפשיים של המטופל ובני משפחתו | | | | | | |
| יודעת/ת מתי להתייעץ ו/או להעביר את הטיפול לגורם נוסף / אחר | | | | | | |
| פועלת/ת להשגת אג'נדה טיפולית עם המטופל ומשפחתו | | | | | | |
| מבקרת/ת פעולותיו/ה ומשנה התנהגות בהתאם | | | | | | |
| מקבלת/ת הערכה והערות הממונים בחיוב ומשנה התנהגותו/ה בהתאם להערכה | | | | | | |
| עובדת/ת ע"פ נהלים מקצועיים וארגוניים | | | | | | |
| מתפקדת/ת באופן מקצועי ושקול במצבי לחץ | | | | | | |
| מסתגלת/ת לשינויים הקשורים לטכניקות טיפול חדשות | | | | | | |
| נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה | | | | | | |

הערות: _____

ג. תקשורת בין אישית

| מאפיין | תמיד | לעתים קרובות | לפעמים | לעתים רחוקות | אף פעם | לא רלוונטי |
|---|------|--------------|--------|--------------|--------|------------|
| יכולות ורבאליות | | | | | | |
| סבלנות וסובלנות | | | | | | |
| רגישות ואמפטיה | | | | | | |
| יחסים בין אישיים עם עמיתים | | | | | | |
| נותנת/משוב ומביעה/ה הערכה לחברי צוות אחרים | | | | | | |
| מקיימת/קשרי עבודה תקינים עם צוות רב מקצועי במוסד ומחוץ למוסד | | | | | | |
| מסתגלת/לשינויים הקשורים במוסד / ארגון (נהלים, שינויים בכח אדם וכו') | | | | | | |
| תקשורת עם המטופלים ומשפחותיהם | | | | | | |

הערות: _____

ד. מוטיבציה להתפתחות מקצועית ועצמית

| מאפיין | תמיד | לעתים קרובות | לפעמים | לעתים רחוקות | אף פעם | לא רלוונטי |
|--|------|--------------|--------|--------------|--------|------------|
| לוקחת/חלק בפעולות הדרכה יוזמות ע"י המוסד | | | | | | |
| בעלת יוזמה אישית בהרחבת השכלתה/ ומיומנותיה/ה המקצועיות | | | | | | |
| יוזמת רעיונות לשיפור בתחום העבודה | | | | | | |

הערות: _____

חתימה+ חותמת ממונה ישיר / אחות אחראית מחלקה: _____

תאריך: _____



טופס המלצה על מועמד/ת להשתלמות מוכרת באחיות לקורס הדרכה קלינית

(לשימוש הנהלת האחיות במוסד הרפואי בלבד)

שם המועמד/ת _____ ת"ז _____

שם המוסד המעסיק: _____

מחלקה/ מרפאה / יחידה בה מועסקת המועמד/ת: _____

תאריך תחילת עבודה במוסד: _____ תאריך תחילת עבודה במחלקה/ מרפאה: _____

היקף משרה בה מועסק/ת המועמד/ת _____ מספר שנות וותק כאח/ות

מוסמכת _____

מבצעת/ת אחריות משמרת כן / לא

תפקיד נוכחי של המועמד/ת _____

חוות דעת על המועמד/ת: _____

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד/ת במסגרת השתלמות מוכרת בסיעוד לקורס הדרכה קלינית

(נא לסמן V במקום הרצוי)

| לא רצוי | אין צורך מערכתי | נחוץ במידה רבה | הכרחי ודחוף |
|---------|-----------------|----------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | |

שם וותימת מנהלת האחיות מוסד _____ תאריך _____



לכבוד
הנהלת האחיות

שלום רב,

הנידון: אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית

ע"פ הנחיות מנהל האחיות במשרד הבריאות, כחלק מדרישות קדם לקורס, המועמד/ת חייב/ת בניסיון קליני של שנה לפחות במשרה מלאה או תקופת זמן שוות ערך כאח/ות מוסמכ/ת.

נא אישורך על כך בכתב.

קבלה לקורס מותנית בחתימתך על הנספח ושליחתו אלינו בהקדם.

בברכה,

תמי גלט
מנהלת ביה"ס לאחיות

אל: הנהלת ביה"ס לאחיות במרכז הרפואי שערי צדק

תאריך: _____

הריני לאשר כי הגב/מר _____ מס' ת.ז. _____

[] המועמד/ת סיים/ה תקופת ניסיון הנדרש כאח/ות מוסמך/ת.

[] המועמד/ת יסיים/תסיים את תקופת הניסיון כנדרש בתאריך _____.

חתימה וחותמת

שם המוסד

שם מנהל/ת האחיות



**פרטי שדה ומנחה קליני ליישום תוכנית ההתנסות הקלינית
ע"פ דרישות תוכנית הלימודים בקורס הדרכה קלינית**

ההדרכה הקלינית תתבצע בליווי מנחה קליני המועסק/ת במחלקה בה עובד/ת המועמד/ת להשתלמות.

על המנחה הקליני להציג תואר אקדמי באחיות או תואר אקדמי מוכר במדינת ישראל, תעודת הכשרה בקורס הדרכה קלינית וניסיון של **שנתיים** לפחות בהדרכה קלינית ממועד סיום הקורס.

*שם המועמד/ת להשתלמות בקורס הדרכה קלינית: _____

*שם ומקום השדה הקליני בו תיושם תוכנית ההדרכה: _____

*שם המנחה הקליני לליווי יישום תוכנית ההדרכה: _____

השכלה מקצועית ואקדמאית של המנחה הקליני: _____

שנת סיום לימודי קורס הדרכה קלינית: _____

ביה"ס לסייעוד בו סיים/ה קורס הדרכה קלינית: _____

ניסיון מקצועי: _____

ניסיון בהדרכה (כולל תאריכים) _____

❖ יש לצרף תעודת תואר אקדמי ותעודת סיום קורס הדרכה קלינית של המנחה המיועד.

אישור וחתימת המנחה הקלינית/ת על נכונות/ת לליווי יישום תוכנית ההדרכה של

המשתלם/ת:

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____