תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שאלון הרשמה**

**שם השתלמות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. נתונים אישיים:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. כתובת מגורים**:

שם הישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רחוב/שכונה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ ת"ד\_\_\_\_\_ מיקוד\_\_\_\_

מס' טלפון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. **מקום עבודה:**

בית חולים/אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מחלקה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון עבודה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**לשאלון ההרשמה יש לצרף**:

**1. צילום תעודת זהות וספח**

**2. דמי הרשמה בסך -.150 ₪:**

לשימוש משרדי פנימי בלבד

שם מקבל התשלום\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏 תשלום במזומן במזכירות ביה"ס לסיעוד**

**🞏 תשלום בשובר, העתק קבלה לשלוח למזכירות בפקס או במייל**

[**ofakim@b-zion.org.il**](mailto:ofakim@b-zion.org.il) **פקס: 04-8360117 טל: 04-8359711 04-8359361**

**הובהר לי שהקורס הנ"ל מיועד לאחים/ות מוסמכים/ות בלבד ויוגש לאישור לגמול השתלמות (עפ"י הנחיית משרד החינוך ומשרד הבריאות) לאחר שיסתיים**

לשימוש משרדי פנימי בלבד

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם מקליד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקלדי

**חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**