

טופס קבלת סטודנט

חלק 1- פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז.: _____
כתובת: _____ טלפון/ פלאפון: _____
תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ מצב משפחתי: _____
כתובת מייל: _____@_____
קרובי משפחה מועסקים בבית"ח: לא/ כן _____ מספר שנות לימוד _____
מוסדות השכלה: _____
תאריך: _____ חתימת הסטודנט: _____

חלק 2- פרטי השהייה בבית"ח

נמצא/ת ב: סבב קליני/ הכשרה מעשית/ אחר _____
במחלקה: _____ ממונה ישיר: _____
תאריך התחלה: _____ תאריך סיום: _____
צפוי להגיע לסבבים נוספים: כן/ לא _____
פרט: _____

חתימה על טופס ויתור סודיות והצהרת מתנדב: כן/לא

קבלת הדרכה כללית על זכויות וחובות: כן/לא

חתימת מרכזת סטודנטים ומתנדבים: _____



המרכז הרפואי
הלל יפה
Hillel Yaffe
Medical Center

P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL |

המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות
Hillel Yaffe Medical Center affiliated with the Rappaport Faculty of Medicine, The Technion, Haifa | The State of Israel - Ministry of Health

ת.ד. 169, חדרה 38100 |

<http://hy.health.gov.il>