



הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות  
Faculty of social welfare & health sciences  
الكلية لعلوم الرفاه والصحة



## טופס הרשמה

לתכנית: \_\_\_\_\_

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

תאריך לידה \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ מין ז / נ

מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת פרטית \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה \_\_\_\_\_

מקצוע (פרט) \_\_\_\_\_ שנות ותק \_\_\_\_\_

מהו התואר הפורמאלי הגבוה ביותר שקיבלת? \_\_\_\_\_

תפקיד הנוכחי \_\_\_\_\_ שנות ותק \_\_\_\_\_

\* הובא לידיעתי כי ההרשמה אינה מבטיחה קבלה לתכנית.

\* פתיחת התכנית מותנית במספר המתקבלים.

\* דמי ההרשמה אינם מוחזרים למועמדים שלא נתקבלו או שביטלו את הרשמתם.

תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_