

שאלון להתמחות ברפואת המשפחה

תאריך: _____

פרטים אישיים

שם פרטי ושם משפחה:	ת"ז:	
כתובת:	מיקוד:	
מספר טלפון:	נייד:	
תאריך לידה:	ארץ לידה:	תאריך עליה:
סוג תושב:	דוא"ל:	@

מס' רישיון עבודה לעסוק ברפואה קבוע / זמני (חובה)

מקום עבודה נוכחי: מס' טלפון בעבודה:

חייב השלמת שירות בן _____ חודשים

קרובי משפחה שעובדים במחוז אליו פנית כן / לא. קירבה _____ מחוז _____

האם ניגשת בעבר לראיון באחת מ-7 המחלקות ברפואת המשפחה – ירושלים, ת"א-יפו, מרכז, שו"ש, חיפה וג"מ, דן-פ"ת, דרום, צפון?

אנא ציין כן / לא. אם ציינת "כן" – באיזו מחלקה? _____ מתי? _____

אזור התמחות מבוקש: ירושלים, חיפה וג"מ, דן-פ"ת, צפון, דרום, ת"א-יפו, מרכז, שרון שומרון

ידיעת שפות

שפה	דיבור	קריאה	כתיבה
עברית			
אנגלית			
ערבית			
אחר			

אנא סמן:

+++ היטב, ++ בינוני, + חלש.

השכלה וניסיון ברפואה

השכלה אקדמית בתחום שאינו רפואה	התואר	
מקום גמר בי"ס לרפואה (ארץ ועיר)		
תאריך גמר לימודי הרפואה	תאריך קבלת הדיפלומה	
האם חייב במסירת עבודה גמר?	מועד מחייב למסירת עבודת הגמר	
מקום סטאז' בארץ	מתאריך	עד תאריך
מקום סטאז' בחו"ל	מתאריך	עד תאריך
האם הסטאז' בחו"ל הוכר ע"י משרד הבריאות?	תאריך מעבר בחינת רישוי:	
תאריך מוצע להתחלת ההתמחות:		
מקום העבודה לאחר הסטאז'	מקצוע	

האם קיבלת מענק בהתמחות אחרת? כן / לא

שאלון להתמחות ברפואת המשפחה

המלצות

ציין שמות וכתובות של רופאים הממונים עליך, או שהיו ממונים עליך בעבר ואשר יכולים להמליץ עליך.

מניעים אישיים לבחירה בהתמחות זו:

* יש למלא את השאלון בכתב יד קריא

נא לצרף לשאלון את המסמכים הבאים:

1. העתק רישיון בתוקף לעסוק ברפואה וכל תעודה הקשורה למקצוע הרפואה המצוי בידך.
2. העתק דיפלומה / זכאות לדיפלומה ה-MD מבי"ס לרפואה בו סיימת את לימודיך ברפואה.
3. העתק תרגום דיפלומה נוטריוני לבוגרי חו"ל.
4. המלצות.
5. 3 תמונות פספורט.
6. קורות חיים.
7. צילום ת.ז.