



# הקורס הדו-שנתי ה- X לקולפוסקופיה ומחלות צוואר הרחם

1.11.2019 – 31.10

טופס רישום

יש למלא הפרטים בכתב קריא ולהעביר למזכירות הקורס:

מירי - טל. 5175610-03, פקס. 5175155-03  
דוא"ל: colposcopy\_course2019@target-conferences.com



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

מקום עבודה \_\_\_\_\_

שם מנהל/ת המחלקה המאשר/ת \_\_\_\_\_

חתימת מנהל/ת המחלקה מאשר/ת \_\_\_\_\_

כתובת למשלוח דואר [ ] בית [ ] עבודה

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_

ישוב/עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

טל. נייד \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_