

הסכמה להנחיית סטודנט לתואר שני בפקולטה למדעי הבריאות

הנני לאשר כי אני מסכים להנחות את התלמיד:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

בעבודת המחקר לתואר שני:

במחלקה/מגמה ל: _____ במידה שיתקבל ללימודים.

שם המנחה: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

חתימת המנחה: _____ תאריך: _____