



Faculty of Health Sciences

School of Pharmacy

Tel: 08-6477362 Fax: 08-6477629

הפקולטה למדעי הבריאות

בית הספר לרוקחות

טלפון: 08-6477362 פקס: 08-6477629

טופס - בקשה להרשם לקורס ללא דרישות קדם

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז.: _____ שנה: _____

טלפון: _____ כתובת דואר אלקטרוני: _____

1. הריני מבקש/ת להרשם לקורס:

שם הקורס _____ שם הקורס החוסם _____

מס' הקורס _____ מס' הקורס החוסם _____

הסברים ונימוקים: _____

תאריך _____ חתימה _____

2. המלצת מרכז/ת הקורס/היועץ/ת האקדמי/ת

מאשר/ת לא מאשר/ת לסטודנט/ית להרשם לקורס _____

הערות: _____

תאריך _____ חתימה _____

3. המלצת ועדת שנה:

על פי המלצת מרכז/ת הקורס/היועץ/ת האקדמי/ת, הוחלט לאשר / לא לאשר את בקשת הסטודנט/ית.

הערות: _____

תאריך _____ חתימה _____