



תאריך _____

בקשה לרישום – השתלמות מוכרת באחיות

שם הקורס: הדרכה קלינית

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

שם בלועזית (אותיות דפוס): שם משפחה _____ שם פרטי _____

כתובת: _____ עיר _____ רחוב/שכונה _____ מס' _____ מיקוד _____

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____ אחר: _____

E-mail: _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה

מספר ילדים: _____

שנות לידה של הילדים: _____

שרות בצבא: ☐ עתודאית ☐ שרות פעיל ☐ פטור ☐ שירות לאומי אחר _____

מקום עבודה נוכחי: _____

שם המוסד _____ מחלקה _____ תפקיד _____

טל' בעבודה: _____

מהיכן שמעת על ביה"ס: 1. חבר 2. אינטרנט 3. עיתונות 4. אחר _____

השכלה:

שם ביה"ס	מקום ביה"ס ארץ ועיר	תאריך סיום הלימודים	סוג התעודה
מקצועי			
אוניברסיטה			
השתלמויות אחרות			

ת.ע. 06/24

עמוד 1 מתוך 20

טפס 11. הרשמה. הדרכה קלינית

שפות:

מדבר/ת	עברית	אנגלית	צרפתית	אחרת

מקומות עבודה מיום גמר ביה"ס לאחיות/מגמת אחיות

המקום	התפקיד	היקף משרה	מיום	עד יום

האם את/ה עובד/ת משרה מלאה או חלקית (כמה?) _____

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס: _____

האם מצב בריאותך תקין? אם לא – פרטי (להתייחס גם לכאבי גב, דליות ברגליים ושמיעה): _____

הערות: _____

_____ חתימת המועמד/ת:

_____ תאריך:



כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לאחיות שמיר (אסף הרופא)

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, מתחייב/ת בזאת לשמור בסודיות מוחלטת על כל מידע ו/או ידע ו/או סוד מקצועי שיגיעו אלי במהלך לימודי באקדמיה לאחיות שמיר (אסף הרופא).

הנני מתחייב/ת בזה שלא להשתמש בידע ו/או במידע שיגיעו אלי כאמור בכל צורה ואופן שלא במסגרת תפקידי ו/או לגלותם ו/או להעבירם לאחר, כולם או מקצתם במישרין ו/או בעקיפין.

התחייבותי האמורה תחול עלי גם לאחר שאסיים את לימודי בביה"ס.

חתימה

תאריך



לכבוד
הנהלת ביה"ס לאחיות
שמיר (אסף הרופא)

הצהרת בריאות

אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי אני לא סובלת/ממחלה "מסכנת".*

*הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנון בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א - 1981 אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

1. מחלת נפש: לא סובלות ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול.
2. מחלה העשויה לסכן בריאות בני-אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק באחיות.
3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד לפי העניין, לחלוטין, זמני או באופן חלקי (לרבות ליקוי ראייה ושמיעה ונשאות של מחלות).

הערות: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמאלתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים. ברור לי כי כל אי דיוק במסירתם עלול להביא להפסקת לימודי, ללא כל טענות ותביעות מצדי ואף עלולות לשלול ממני את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

חתימה

שם מלא

תאריך

ת.ע. 06/24

עמוד 4 מתוך 20

טפד11. הרשמה. הדרכה קלינית

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
<https://shamirschool.org.il> E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס:



תו הישג - לאיכות בציבור



דיווח על בעיית בריאות / מגבלה פיזית

הנני מצהיר/ה בזאת שהובא לידיעתך:

1. שבאחריותי האישית לדווח למרכזת לימודים קליניים ולמדריכה הקלינית על כל בעיית בריאות ו/או מגבלה פיזית (לרבות נשאות של מחלות ו/או ליקויי ראייה וכיוצ"ב)
2. שידוע לי שביה"ס יידע את המדריכה הקלינית על בעיית בריאות קיימת או שהתפתחה במהלך הלימודים.

שם מלא	_____	ת.ז.	_____
חתימה	_____	תאריך	_____



לכבוד
מנהלת האחיות

שלום רב,

הנדון: תשלומי ביטוח לאומי – משתלמים בקורסים על בסיסיים

עפ"י הנחיית מנהל האחיות משנת 1999, על ביה"ס לאחיות לדווח לביטוח לאומי על לומדים העובדים באחיות **שלא** נשלחו מטעם מוסדם (נרשמו עצמאית) לצורך תשלום ענף נפגעי עבודה וענף אימהות.

במידה והלומדות נשלחו למטעם מוסדכם, נודה על חתימתך בטופס המצ"ב.

בברכה
ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

לכבוד
הנהלת ביה"ס האקדמי לאחיות
מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)

הנדון: הצהרת מנהלת האחיות בדבר שליחת אחות להשתלמות מוכרת מטעם המוסד

אני _____ שם _____ מנהלת האחיות ב- _____

מצהירה כי המועמדות _____

נשלחת מטעם המוסד לקורס על בסיסי בתחום _____

שיחל בתאריך _____ וכי השתתפותוה בקורס חיונית למוסד.

חתימה+חותמת מנהלת האחיות

תאריך



תאריך _____

לכבוד
מנהל/ת האחיות

שלום רב,

הנדון: אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית

על פי הנחיות מינהל האחיות במשרד הבריאות, כחלק מדרישות קדם לקורס, המועמד/ת חייב/ת בניסיון קליני של שנה לפחות כאח/ות מוסמכ/ת.

נא אישורך על-כך בכתב.

קבלה לקורס מותנית בחתימתך על הנספח ושליחתו אלינו בהקדם.

בכבוד רב

ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

אל: ביה"ס האקדמי לאחיות שמיר (אסף הרופא)

תאריך _____

הנדון: אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית

הריני מאשר/ת שגב' /מר _____ ת.ז. מס' _____

☐ המועמד/ת יסיים/תסיים את שנת הניסיון בתאריך _____

☐ המועמד/ת סיים/ה שנת ניסיון בתחום כאח/ות מוסמך/ת.

חתימה + חותמת

שם המוסד

שם מנהל/ת האחיות

ת.ע. 06/24

עמוד 7 מתוך 20

טפס 11. הרשמה. הדרכה קלינית

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו הישג - לאיכות בציבור



מנהל הסיעוד
Nursing Division



משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר



נספחים

נספח מספר 1

נספח לטופס הרשמה לקורס הדרכה קלינית

חלק א' – למילוי ע"י המועמד/ת

שם _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שנת סיום ב"ס לסיעוד _____ שם ביה"ס לסיעוד _____

סוג התכנית: אקדמית \ דיפלומה \ הסבת אקדמאים תואר _____ בוגר השתלמות מוכרת בסיעוד כן/לא

אם כן, תחום ההשתלמות _____ שנת סיום ההשתלמות _____

ניסיון מקצועי בסיעוד (מספר שנים) _____ תחומים בהם עבד _____

_____ ניסיון בהדרכה _____

_____ השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים, פרויקטים) _____

_____ קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמויות, לימודים) _____

_____ שאיפות ותכניות לעתיד _____

חלק ב' – למילוי ע"י אחות אחראית המחלקה:

מוסד _____ מחלקה/מרפאה _____

שם המועמד _____ ת"ז _____

תאריך תחילת העבודה במוסד _____ תחילת העבודה במחלקה _____

מאפייני המועמד



מנהל הסיעוד
Nursing Division



משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר



מידה בה התכונה מאפיינת את המועמד				מאפיינים
4 - במידה רבה מאוד	3 - במידה משמעותית	2 - במידה בינונית	1 - במידה מועטה	
				מוטיבציה
				נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה
				יכולות וורבאליות
				ידע קליני
				יכולת למידה
				יחסים בין אישיים עם העמיתים
				תקשורת עם המטופלים ומשפחותיהם
				סבלנות וסובלנות
				רגישות ואמפתיה

הערות

שם וחתימת האחיות האחראית מחלקה _____ תאריך _____

חלק ג' - המלצת אחראי/ת החדר בארגון:

חלק ד' - אישור מנהלת הסיעוד:

שם וחתימת מנהלת הסיעוד _____ תאריך _____





נהלי הוראה ולימודים

לקוי למידה

משתלמים בעלי לקויי למידה

1. משתלם יוגדר כלקוי למידה ויהיה זכאי לנוהלי בחינה מיוחדים, אם הוא סובל מהפרעות הבאות:
 - א. דיסלקציה, דיסגרפיה או הפרעות שפה אחרות
 - ב. בעיות קשר וריכוז
 - ג. בעיות קיבולת זיכרון עבודה
 - ד. לקויי שמיעה וראייה או נכות
2. המשתלם יפנה בכתב להנהלת ביה"ס ויצרף לפנייתו אבחון מנוירולוג, נויורופסיכולוג, מאבחן ליקויי למידה, פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים, פסיכיאטר או כל מוסמך ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון ליקויי למידה. מועד האבחון לא יעלה על עשר שנים. המשתלם יגיש את בקשתו בתוך החודש הראשון ללימודיו, ויקבל את תשובת הנהלת ביה"ס לא יאוחר מחודש לפני מועד הבחינות.
3. ביה"ס לא ימליץ על מוסדות אבחון אלה או אחרים. ביה"ס שומר לעצמו את הזכות שלא לקבל את ההמלצות במכתב האבחון, כולו או מקצתו, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.



לכבוד
הנהלת ביה"ס לאחיות

הצהרה על ליקויי למידה

המידע מבוקש לצורך סיוע למועמדים שיתקבלו ואינו מהווה שיקול לקבלה

1. קראתי את הנוהל בנושא (מצ"ב).

2. אני _____ ת.ז. מס' _____
החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזאת, כי הנני מוגדר/ת כלקויי/ת למידה / לא מוגדר/ת כלקויי/ת למידה (סמך/י בעיגול).

3. מצ"ב אבחון מאחד הגורמים הבאים (סמך/י ✓ ליד):

נוירולוג	_____
נוירופסיכולוג	_____
מאבחן לקויי למידה	_____
פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים	_____
פסיכיאטר	_____
מוסמך אחר ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון לקויי למידה	_____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמילאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים.

חתימה

שם מלא

תאריך

ת.ע. 06/24

עמוד 11 מתוך 20

טפ11.הרשמה.הדרכה קלינית

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תוהפס - לאיכות בציור



קבלת הסכמה לצילום בכיתות לימוד וחדרי סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הינך משתתף/ת במסגרת ביה"ס האקדמי לאחיות שמיר, יערכו תרגולים בחדרי הסימולציה והוראה מקוונת בכיתות לימוד.

בכיתות ובחדרים אלו מותקנות מצלמות והשיעורים והתרגולים מצולמים לצורך משוב, למידה, הוראה ומחקר.

ידוע לי כי אני עשוי/ה להיות מצולם/ת ומתועד/ת בהקלטות (שנשמרות בענן) לצורכי למידה. מסכים/ה בזאת להשתתף בתרגיל המצולם במסגרת הלימודים/הקורסים. החומר המתועד הינו לצרכי ביה"ס לאחיות בלבד.

הנני מאשר/ת לבית הספר לעשות שימוש בצילומים אלה לצרכי הוראה, מחקר ומשוב.

***יש להודיע למזכירות בית הספר בכתב על כל שינוי**

שם מלא	_____	ת.ז.	_____
חתימה	_____	תאריך	_____

בברכה
הנהלת ביה"ס לאחיות



קבלת הסכמה להשתתפות בצילומים והעברת נתונים רגישים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על ביה"ס שישמשו לצורך שיווק ביה"ס במדיה (עיתונות, כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בביה"ס.

כמו כן, לטובת תפעול המערכת וממשקים בין תוכנות, אנו נדרשים להעביר את מספר ת.ז. שלך בענן מאובטח של ביה"ס.

הינך מתבקש לחתום על הסכמה להעברת נתונים רגישים בענן מאובטח והסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים לצרכי פרסום ביה"ס לאחיות שמיר (אסף הרופא).

אני הח"מ:

☐ מאשר העברת נתונים רגישים בענן מאובטח

☐ מאשר / ☐ לא מאשר להשתתף בצילומים לצרכי פרסום.

שם מלא	מס' ת.ז.
תאריך	חתימה

בברכה
הנהלת ביה"ס לאחיות



הצהרה על היעדר הרשעות - הטרדה מינית ואלימות כלפי ילדים וחסרי ישע

עפ"י החוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסדות מסוימים, תשס"א-2001, (http://www.nevo.co.il/law/html/Law01/247m1_001.htm) ותקנות למניעת העסקה במוסדות מסוימים של מי שהורשע באלימות כלפי ילדים וחסרי ישע, תשפ"ג-2023 חוק למניעת העסקה במוסדות מסוימים של מי שהורשע באלימות כלפי ילדים וחסרי ישע, התשפ"ג-2023 הנך נדרש/ת מידי שנה להביא הצהרה בדבר היעדר הרשעה על הטרדה מינית / אלימות כלפי ילדים וחסרי ישע ממשטרת ישראל.
לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור מהמשטרה על היעדר הטרדה מינית (גברים בלבד) וללא אישור על היעדר אלימות כלפי ילדים וחסרי ישע (גברים + נשים). סטודנט/ית שלא י/תתחיל התנסות במועד, לימודיו/ה יתעכבו.

שם	מס' ת.ז.
חתימה	תאריך



תאריך: _____

**נוהל הצהרת העדר רישום פלילי –
מועמדים ללימודים בבתי ספר לסיעוד**

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסיעוד, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסיעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לענין הרישום הפלילי:
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א):
"זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסיעוד."
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11:
"המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסיעוד, וטרם חלמו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי הענין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6:
"מסירת מידע לשם פעולה
מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רשיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."
4. כל הרשעה פלילית תבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

חתימת המועמד _____

שם המועמד _____

נהלים-2 ש.ר.

רחי בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing





מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסיעוד
NURSING DIVISION

נספח

תאריך: _____

הצהרת על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____, ת.ז. _____, _____
מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי /לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בח"ל.
במידה והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

 2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות
עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתנתן לי זכות לשימוע.
 3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ
מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי
המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ
ובח"ל.
- אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד
ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

חתימת המועמד _____

שם המועמד _____

נהלית: בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
רח' בן-טבאי 2, JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing

ת.ע. 06/24

עמוד 17 מתוך 20

טפ.11.הרשמה.הדרכה קלינית

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תוהש-לאיכות בנרות



טופס התחייבות לקבלת חיסונים

במטרה להבטיח את בריאותך במהלך הלימודים ובכפוף להנחיות משרד-הבריאות, הינך נדרש לבצע את החיסונים שנקבעו ע"י משרד-הבריאות.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם/ת שלא י/תתחיל התנסות במועד, לימודיו/ה יתעכבו.

שם	מס' ת.ז.
חתימה	תאריך



הדרכה לחיסונים לסטודנטים למקצועות הבריאות

שלום רב,

נוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות מגדיר את תכנית החיסונים המחייבת סטודנטים למקצועות הבריאות. במהלך לימודיכם, אתם עלולים להידבק ולהדביק את מטופליכם במחלות מדבקות קשות. לאור זאת, קבע משרד הבריאות שעליכם להיות מחוסנים נגד מחלות אשר נגדם קיים חיסון בטוח ויעיל.

על כל תלמיד להציג אישור חיסונים עדכני לשנת הלימודים עד תחילת ההתנסות הקלינית.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם שלא יתחיל התנסות במועד, לימודיו יתעכבו.

ניתן לקבל את החיסונים בלשכת הבריאות ו/או במסגרת מרפאות לחו"ל. את האישור הסופי (טופס ג') ניתן לקבל דרך מרפאת החיסונים של לשכת הבריאות. לשם כך יש לתאם מראש תור במרפאת החיסונים באחת מלשכות הבריאות בארץ (פרטים בתחתית דף המידע).

רשימת החיסונים הנכללים בחוזר נמצאת בקישור הבא:

https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health_students_vaccines.aspx

במידה ואין תיעוד של חיסוני ילדות, או שיש צורך בקבלת חיסונים נוספים, החיסון ניתן בלשכת הבריאות / מרפאת חיסונים עובדים בבתי החולים ובקופות.

תעריף החיסונים בלשכת הבריאות הינו לפי תעריף מרפאות היוצאים לחו"ל בתוספת אגרת רישום בפנקס חיסונים ודמי הרכבה. (ניתן למצוא את התעריפים באתר של משרד הבריאות תחת – חיסונים).

לפני הגעה ללשכת הבריאות יש לבצע תבחין טוברקולין- מנטו- בנוסף לעיל עליכם להציג תוצאות תבחין טוברקולין בשיטת מנטו בשני שלבים. אין הגבלת זמן מבחינת תוצאות המנטו אבל זה חייב להיות בשיטת השני שלבים- two step. הבדיקה הינה בתשלום!

לביצוע התבחין, יש לפנות לאחת המרפאות האזורית לשחפת (מלש"ח) מתוך הרשימה בעמוד הבא.

רשימת לשכות הבריאות בארץ: <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/LB/Pages/default.aspx>

בסוף התהליך תקבלו בלשכת הבריאות העתק של הגיליון ואישור חתום (חלק ג'). עותק מהאישור החתום יש להעביר אל מזכירות הסטודנטים. מומלץ לשמור על הגיליון מהלשכה כולל האישור המקורי כי יתכן ותצטרכו אותו בהמשך דרככם המקצועית.

בברכת הצלחה
ביה"ס לאחיות שמיר



מרכזים לאבחון וטיפול בשחפת (מלש"חים)

ישוב	כתובת	טלפון	פקס
אשקלון	מרפאת חוץ - בית חולים ברזילי, רח' ההסתדרות 1	08-6745465	08-6745473
באר שבע	רחוב רמב"ם 2 בית רקיעים קומה 3	08-6233710	08-6284619
חדרה	רחוב בוטקובסקי 25	04-6222389	04-6247703
חיפה	רחוב הגפן 44	04-8137300	04-8552933
ירושלים	מרכז רוקח, רחוב שרי ישראל 5	02-5017555	02-5385697
נהריה	מרפאות חוץ, בית החולים נהריה (ת.ד. 21)	04-9107029 04-9107523	04-9107239
נצרת	בית החולים האנגלי, רחוב פאולוס השישי 25	04-6028819	04-6028857
רחובות	רחוב אהרונ' 32	08-9468677	08-9468645
חולון	רחוב הלוחמים 53 קומה א'	03-6291814	03-6201830

- מספרי הטלפון ושעות הפעילות עשויים להשתנות מעת לעת. מומלץ לברר לפני ההגעה למקום.
- לשאלות ובירורים בלבד ניתן לפנות גם לאחת מלשכות הבריאות הממשלתיות הפרוסות ברחבי