

תאריך _____

בקשה לרישום – השתלמות מוכרת באחיות

שם הקורס: _____

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 ☐ נשוי/אה ☐ 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:

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

ת.ע. 07/25

עמוד 1 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי

שפות:

מדבר/ת	עברית	אנגלית	צרפתית	אחרת
קורא/ת				
כותב/ת				

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 : _____

תאריך : _____ חתימת המועמד/ת : _____



כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לאחיות שמיר

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

ת.ע. 07/25

עמוד 3 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו חסי-לאיכות מוצרים

לכבוד
הנהלת ביה"ס לאחיות
שמיר (אסף הרופא)

הצהרת בריאות

אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי אני לא סובלת/ת 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 באחיות 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 באחיות לחלוטין, זמנית או חלקית.

_____	_____	_____
תאריך	שם מלא	חתימה

ת.ע. 07/25

עמוד 4 מתוך 17

ט.פד11הרשמה על בסיסי



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 תקן-לאיכות משרות

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	_____

ת.ע. 07/25

עמוד 5 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



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 אמהות.

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

בברכה
ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

לכבוד
הנהלת ביה"ס האקדמי לאחיות
מרכז רפואי שמיר

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

אני _____ מנהלת האחיות ב- _____
שם

מצהירה כי המועמדות _____

נשלחת מטעם המוסד לקורס על בסיסי בתחום _____

שיחל בתאריך _____ וכי השתתפותוה בקורס חיונית למוסד.

_____ חתימה + חותמת מנהלת האחיות

_____ תאריך

ת.ע. 07/25

עמוד 6 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



נספח מס' 1

טופס המלצה על מועמד להשתלמות מוכרת בסיעוד בתחום

(לשימוש מנהלת חסייעות במוסד חרפואי בלבד)

שם המועמד _____ ת"ז _____

שם המוסד המעסיק _____

מחלקה/מרפאה/יחידה בה מועסק המועמד

תאריך תחילת העבודה במוסד _____ תאריך תחילת העבודה במחלקה/מרפאה _____

היקף משרה בה מועסק המועמד _____ מספר שנות וותק כאח/ות מוסמך/ת _____

מבצע אחריות משמרת כן/ לא

תפקיד נוכחי של המועמד

חוות דעת על המועמד

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד במסגרת השתלמות מוכרת בתחום

(סמן V בעמודה המתאימה)

הכרחי ודחוף	נחוץ במידה רבה	אין צורך מערכתי	לא רצוי
4	3	2	1

שם וחתימת מנהלת הסיעוד במוסד _____ תאריך _____

Nursing Division
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: * 5400 Fax:02-5655946

קול הבריאות
*5400

מינהל הסיעוד
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
call.habritut@moh.health.gov.il
<mailto:sar@moh.health.gov.il>
טל: 5400 *02-5655946 פקס:



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תותס-לאיכות מצרית

נוהלי הוראה ולימודים

לקוי למידה

משתלמים בעלי ליקויי למידה

1. משתלם יוגדר כלקוי למידה ויהיה זכאי לנוהלי בחינה מיוחדים, אם הוא סובל מההפרעות הבאות:

- א. דיסלקציה, דיסגרפיה או הפרעות שפה אחרות
- ב. בעיות קשר וריכוז
- ג. בעיות קיבולת זיכרון עבודה
- ד. לקויי שמיעה וראייה או נכות

משתלמים הסובלים מבעיות כגון חרדת בחינות או בעיות רגשיות אחרות שאינן קוגניטיביות מעיקרן, לא יכללו בקטגוריה זו ויופנו לטיפול בשירותי הייעוץ.

2. המשתלם יפנה בכתב להנהלת ביה"ס ויצרף לפנייתו אבחון מנוירולוג, נוירופסיכולוג, 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 מקצתן, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.

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 מוגדרת/ת כלקויית/ת למידה / לא מוגדרת/ת כלקויית/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.

תאריך	שם מלא	חתימה
-------	--------	-------



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

ת.ע. 07/25

עמוד 10 מתוך 17

טפ.11 הרשמה על בסיסי



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 היסוד - לאיכות מוצרנות

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

ת.ע. 07/25

עמוד 11 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



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

ת.ע. 07/25

עמוד 12 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9542449
<https://shamirschool.org.il> E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס:



תו היסוד - לאיכות מוגברת



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסיעוד
NURSING DIVISION

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 המשטרה 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.

רח' 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

ט.פ.



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>



תחת-לאיכות משרתת



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסייעות
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 בחו"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
ובחו"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

והלוט-3 ש.ר

רח' 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

ט.פד 1



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: <https://shamirschool.org.il>



תוהס-לאיכות משרות

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, לימודי/ה יתעכבו.

שם	מס' ת.ז.
חתימה	תאריך

ת.ע. 07/25

עמוד 15 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



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 חסי-לאיכות מצרפת

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 במחוללי מחלות 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 חיסוני 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 אהרונים 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

ת.ע. 07/25

עמוד 17 מתוך 17

ט.פד11הרשמה על בסיסי