

שם הסטודנט/ית: _____

שנת לימודים: _____

מסלול לימודים: _____

ברצוני לבקש התנסות קלינית מחוץ לביה"ח מהסיבות הבאות: _

[illegible]

מאושר: _____ לא מאושר: _____

סיבת הדחיה: _____

תאריך: _____

חתימת מרכזת תוכנית הלימודים הקלינית:
