

**טופס הרשמה לקורס אקמו- מטופלים מבוגרים**

שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת"ז:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום עבודה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלקה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

השכלה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ניסיון מקצועי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת: רח'\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס'\_\_\_\_\_\_עיר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מיקוד\_\_\_\_\_\_\_\_ת.ד.\_\_\_\_

טל' :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_טל נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לגבי אמצעי תשלום תהיה הודעה בהמשך

חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_