

התחייבות הסטודנט לקבלת חיסונים

שם הסטודנט: _____ ת.ז. _____

הנני מתחייב להמציא אשור מלשכת הבריאות במקום מגורי לפיו חוסנתי בעבר או אתחסן בחיסונים המחייבים על פי דרישות משרד הבריאות.

הנני מתחייב לסיים את החיסונים חודש לפני מועד התחלת ההתנסות הקלינית כמו שמופיעה בתוכנית הקורס.

ידוע לי שאי השלמת החיסונים תימנע ממני להתחיל התנסות קלינית.

חתימה: _____ מס' ת.ז. _____



**המרכז הרפואי
הלל יפה**

ביה"ס האקדמי לסייעוד ע"ש פט מתיוס
התוכנית הכללית הנוגד לסייעוד
אוניברסיטת תל-אביב

Pat Mattews Academic School of Nursing
Hillel Yaffe Medical Center, Hadera, Israel
P.O.BOX 169, HADERA 38100, ISRAEL | Tel. +972-4-6304367/8 | FAX. +972-4-6304730 | 04-6304730. פקס.

בית הספר האקדמי לסייעוד ע"ש פט מתיוס
המרכז הרפואי הלל יפה חדרה
ת.ד. 169, חדרה 38100 | טל. 04-6304367/8 | פקס. 04-6304730
<http://hy.health.gov.il>

