

תאריך: \_\_\_\_\_

### בקשה לאישור מועד מיוחד

אני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ החתום מטה, מחזור \_\_\_\_\_

מבקש ממנהלת ביה"ס ד"ר מירב בן נתן, אישור למועד מיוחד מועד ג' אחד ויחיד לכל תקופת הלימודים.

נושא הבחינה: \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### מועד מיוחד.

הריני מאשרת לסטודנט/ית \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מועד מיוחד בנושא: \_\_\_\_\_ מועד ג' אחד ויחיד לכל תקופת הלימודים.

בהצלחה !!

בברכה,

ד"ר מירב בן נתן

מנהלת ביה"ס



המרכז הרפואי  
**הלל יפה**  
בית הספר האקדמי לסייעות ע"ש פט מתיוס  
המרכז הרפואי הלל יפה חדרה

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



בית הספר האקדמי לסייעות ע"ש פט מתיוס  
המרכז הרפואי הלל יפה חדרה  
ת.ד. 169, חדרה 38100 | טל. 04-6304367/8 | פקס. 04-6304730