

## הסכמה להנחיית סטודנט/ית לתואר שני

### בפקולטה למדעי הבריאות

הנני לאשר כי אני מסכים/ה להנחות את התלמיד/ה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

בעבודת המחקר לתואר שני:

במחלקה/מגמה ל: \_\_\_\_\_ במידה שיתקבל/תתקבל ללימודים.

שם המנחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי

שם משפחה

חתימת המנחה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_