

הפקולטה למדעי הבריאות  
מזכירות לימודי מוסמכים  
טל: 08-6477392 פקס: 08-6479211

**הנדון: הודעה על קביעת מנחה ואישור נושא למאסטר**

**אישור המנחה**

הנני לאשר כי אני מוכן להנחות את התלמיד/ה (מודפס) \_\_\_\_\_

ת"ז \_\_\_\_\_ בעבודת הגמר לתואר "מגיסטר" במחלקה ל \_\_\_\_\_

הנושא המוצע

(מודפס) \_\_\_\_\_

מנחה ראשי \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

מנחה נוסף \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם התלמיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**אישור יו"ר ועדת מוסמכים**

{ מאשר }

{ לא מאשר }

הערות:

---

---

---

שם

חתימה

תאריך

---