

School of Nursing

Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem



בית הספר לסייעוד

ליד המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים

בקשה לוועדה לענייני סטודנטים

תאריך: _____

תאריך קבלת הבקשה: _____

שם הסטודנט: _____

מחזור: _____

מרכזת מסלול לימודים: _____

תאור הבקשה:

נימוקים לבקשה:

הערות:

חתימת הסטודנט: _____