נובמבר 2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **פרטים אישיים** | | | |
| **שם משפחה** |  | **שם פרטי** |  |
| **תאריך לידה** |  | **מגדר** |  |
| **מען** |  | | |
| **כתובת דוא"ל** |  | | |
| **טלפון בבית** |  | **טלפון נייד** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **הלימודים לתואר בוגר במדעי הרפואה (MD)** | |
| **שם בי"ס לרפואה** |  |
| **מועד מוערך לקבלת התואר MD** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. עבודת הדוקטור (PhD)** | |
| **שם המוסד** |  |
| **נושא עבודת הדוקטור** |  |
| **שם המנחה** |  |
| **שם מנחה נוסף** |  |
| **תאריך אישור**  **תוכנית הדוקטורט** |  |
| **מועד מוערך לקבלת התואר PhD** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. מעמדך כיום** | |
| **א. שנת הלימודים ברפואה** |  |
| **ב. שנת הלימודים בדוקטורט** |  |
| **ג. מס' השנים שנותרו עד לסיום מסלול MD/PhD** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. ממליצים (אחד מהם יהיה המנחה בעבודת הדוקטור)** | | | |
|  | **שם** | **מעמד** | **הקשר אליך** |
| **א.** |  |  |  |
| **ב.** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** |  | **חתימה** |
|  |  |  |