1. **פרטים אישיים**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** |  | | | **שם פרטי** |  | | |
| **מגדר** | **זכר □** | **נקבה □** | | **תאריך לידה** |  |  |  |
| **ת.ז.** |  | | | | | | |
| **מען** |  | | | | | | |
| **דוא"ל** |  | | | | | | |
| **טלפון בבית** |  | |  | **טלפון נייד** |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. לימודים לתואר בוגר במדעי הרפואה** | |
| **שם המוסד** |  |
| **מועד קבלת התואר** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. עבודת הדוקטור** | |
| **א. נושא** |  |
| **ב. מדריך** |  |
| **מדריך** |  |
| **ג. תאריך אישור**  **תוכנית הדוקטורט** |  |

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

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

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