

בקשה להבחן בבחינת רישוי ממשלתית בשיננות

תאריך: _____

לכבוד:

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים
רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176, ירושלים 9101002
משרד הבריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' זהות: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____ מס' טלפון: _____

מבקש/ת להבחן בבחינת הרישוי הממשלתית בשיננות, בהתאם לדרישות החוק במקצוע זה.

{ } ברצוני להבחן במועד קיץ

{ } ברצוני להבחן במועד חורף

לתשומת לבכם:

- א. הבחינה תתקיים בשפה העברית.
- ב. הרישום לבחינה יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הינך זכאי/ת לגשת לבחינה בהתאם לחוק. הודעה על מועד הבחינה, מיקומה ושאר תנאים תשלח אליך במועד מאוחר יותר, וכן תפורסם באתר האינטרנט של האגף לרישוי מקצועות רפואיים, בכתובת:
<http://www.health.gov.il/Subjects/MedicalAndHealthProfessions>

חתימה _____

נא למלא את הטופס בשני העתקים

=====

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד: ועדת הבחינות בשיננות

החתום/ה לעיל _____ זכאי/ת להבחן בבחינת הרישוי בשיננות.

בכבוד רב,
ד"ר א. שגון

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים