

תאריך - _____

טופס דוח - הדרכה קלינית

מחלקה _____ תאריך מ- _____ עד- _____

מסגרת השתלמות _____ שם ביה"ס השולח _____

שם מדריכה קלינית _____

מספר ימי התנסות	שמות המשתלמים

חתימת המדריכה: _____