



Dept. of Occupational Therapy
 The Stanley Steyer School
 of Health Professions
 Sackler Faculty of Medicine
 Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
 בית הספר למקצועות הבריאות
 ע"ש סטנלי שטייר
 הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
 אוניברסיטת תל אביב

היחידה ללימודים קליניים טופס נוכחות בהכשרה קלינית

שם הסטודנטית _____ הכשרה מספר _____
 מקום ההכשרה הקלינית _____ בין תאריכים _____
 שם המדריכה _____

לתשומת לב המדריכה: יש למלא את מספר שעות הנוכחות ביום

הכשרה קלינית שנה ב' - 8 שבועות, 5 ימים בשבוע, 35 שעות שבועיות
 הכשרה קלינית שנה ג' - 9 שבועות, 5 ימים בשבוע, 35 שעות שבועיות
 הכשרה קלינית שנה ד' - 13 שבועות, 4 ימים בשבוע, 30 שעות שבועיות

										תאריך
										מס' שעות נוכחות
										תאריך
										מס' שעות נוכחות
										תאריך
										מס' שעות נוכחות
										תאריך
										מס' שעות נוכחות
										תאריך
										מס' שעות נוכחות
										תאריך
										מס' שעות נוכחות

* במקרה של מחלה יש לצרף אישור רפואי

* במקרה של היעדרות יש לציין את הסיבה

סה"כ שעות _____ חתימת המדריכה _____

* המסמך אמנם מנוסח בלשון נקבה אך פונה לכל