



תאריך _____

שלום רב,

הנדון: בקשה להתמחות ברפואת ילדים במסגרת קופתנו

נא מלא/י את השאלון המצורף בזאת (3 עמודים).

בבקשה לצרף תעודות והמלצות:

- צילום רישיון לעסוק ברפואה
- צילום פנקס התמחות (אם כבר נפתח כזה)
- דיפלומה מבי"ס לרפואה
- מכתבי המלצה

בהתאם לנתוניך האישיים, נשקול לזמנך לוועדת קבלה.

את השאלון + קבצים מצורפים יש לשלוח אל:

גב' חני אוחיון, רכזת המחלקה
דוא"ל: hohayon@leumit.co.il

בכבוד רב,

פרופ' פרנסיס מימוני
מנהל המחלקה לרפואת ילדים



שאלון למועמד להתמחות ברפואת ילדים

1. פרטים כלליים		
כיצד הגעת אלינו: _____		
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
מין	שנת לידה	מצב משפחתי
כתובת מגורים	מספר טלפון	
כתובת להודעות	מספר סלולרי	
כתובת מייל	ארץ לידה	שנת עלייה
שירות צבאי סדיר	דרגה בשחרור	שירות מילואים
כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐

2. השכלה			
השכלה יסודית			
שם בית הספר	מתאריך	עד תאריך	
השכלה תיכונית			
שם בית הספר	מתאריך	עד תאריך	
לימודי רפואה			
שם המוסד	כתובתו	מתאריך	עד תאריך
לימודים אקדמיים אחרים פרט לרפואה			
תחום	מקום לימודים	תואר	



3. סטאז' ברפואה

מקום ביצוע הסטאז'	מתאריך	עד תאריך
מנהל המחלקה הפנימית בסטאז'		מנהל מחלקת ילדים בסטאז'
האם במסגרת הסטאז' ביצעת אלקטיב ברפואת ילדים: ☐ כן ☐ לא		
אם כן- היכן: _____		

4. ידע בשפות (נא לציין שליטה בשפה לפי הסולם הבא: 1 - כלל לא, 5 - מצוינת)

עברית	דיבור	קריאה	כתיבה	הבנה

5. עבודה במקצוע הרפואה

מתאריך	עד תאריך	במקום	בתפקיד

האם בעבר התחלת התמחות במקצוע אחר פרט לרפואת ילדים: ☐ כן ☐ לא: _____

האם התחלת התמחות רפואת הילדים בעבר במוסד אחר ☐ כן ☐ לא: _____

במידה וכן אנא פרט היכן ומדוע הפסקת: _____



6. ידע במחשב

OFFICE: כן ☐ לא ☐ אינטרנט: כן ☐ לא ☐ אחר: _____

7. ניסיון קליני

רישיון לעסוק ברפואה ☐ קבוע ☐ זמני: מספר _____ מתאריך: _____
מומחיות אחרת: כן ☐ לא ☐ (נא לפרט מקצוע ומ.ת.מ.): _____

8. ספרי/י על עצמך (תחומי עניין מחוץ לרפואה, תחביבים, אירועים משמעותיים, פעילויות מיוחדות, התנדבויות):

9. נקודות חוזק וחולשה

בהנחה כי הינך רואה עצמך כמועמד/ת להתמחות ברפואת ילדים, אילו תכונות אישיות שלך יהיו נקודות חוזק שתסייענה לך בתהליך?

1. _____
2. _____
3. _____

אילו תכונות אישיות שלך עלולות להיות נקודות חולשה שיקשו עליך בהתמחות?

1. _____
2. _____
3. _____



10. פרט/י מדוע הנך מעוניין/ת להתמחות ברפואת ילדים:

11. יישוב נבחר לעבודה בסיום ההתמחות

במידה ותתקבל להתמחות, נבקש לדעת באיזה ישוב הנך מעוניין לעבוד בסיום ההתמחות

*לאומית שירותי בריאות מתחייבת לשבצך ברדיוס של 30-40 ק"מ מהיישוב אליו תתקבל.

12. שמות ממליצים אליהם נוכל לפנות (נא לציין את תפקיד הממליץ וכתובת)

שם מלא	תפקיד	מקום	מספר טלפון