



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד  
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

טופס בקשה להכרה בתכנית לימודים לאחיות לגמול השתלמות

פרטי מגיש הבקשה

תאריך הגשה: \_\_\_\_\_  
שם המגיש: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_  
שם הארגון: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

פרטי תוכנית

שם הקורס: \_\_\_\_\_

אוכלוסיית היעד:

- מוסמכת

- מעשית

- רב מקצועי

משך הקורס בשעות: \_\_\_\_\_

מועד תחילת הקורס: \_\_\_\_\_

מועד סיום הקורס: \_\_\_\_\_

פרטי הארגון מפעיל הקורס

שם הארגון: \_\_\_\_\_ שם מרכז התוכנית: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

פרטי מנפיק התעודה

שם הארגון: \_\_\_\_\_ שם מנהלת הארגון: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### הנחיות למילוי טופס הבקשה

1. ודא שכל הפרטים בשאלון מולאו כנדרש.
2. ודא כי תוכנית הקורס כוללת את כל המרכיבים הבאים:
  - מטרות הקורס
  - אוכלוסיית יעד
  - מועד פתיחה וסיום
  - תכנים ופירוט שעות (מערכת שעות)
  - סה"כ שעות
  - שמות מרצים, תאריהם ותפקידם
  - אישור הוועדה לבדיקת קורסים והשתלמויות שבמשרד החינוך (אישור אלפון)