

### בקשה לאישור רוטציה

שם המתמחה: \_\_\_\_\_  
סוג ההתמחות: \_\_\_\_\_  
מחלקה: \_\_\_\_\_  
הנ"ל מתמחה מיום: \_\_\_\_\_  
שלב א': \_\_\_\_\_  
שלב ב': \_\_\_\_\_

הנני מבקש/ת אישור לרוטציה למתמחה הנ"ל בבי"ח \_\_\_\_\_  
במחלקה \_\_\_\_\_ בראשות ד"ר/פרופ' \_\_\_\_\_  
מיום \_\_\_\_\_ עד ליום \_\_\_\_\_

נא לצרף מכתב המפרט את סיבת הבקשה לביצוע הרוטציה בבית חולים אחר.  
ללא המכתב לא תאושר הבקשה.

תאריך	חתימת מנהל המחלקה
-------	-------------------

אל: יו"ר ועדת ההתמחות  
מאשר/לא מאשר  
הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך	חתימת יו"ר ועדת התמחות
-------	------------------------

אל: סגן מנהלת המרכז הרפואי "שמיר" – ד"ר יצחק שרף  
מאשר/לא מאשר  
הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך	חתימת סגן מנהלת המרכז הרפואי
-------	------------------------------