**עבודות גמר מחקריות-**

**אישור עבודת גמר מחקרית לשם מילוי חלקי של**

**הדרישות לקבלת התואר "דוקטור לרפואה"**

**נושא עבודת הגמר** (בעברית) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(באנגלית)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי הסטודנט המגיש:**

שם פרטי בעברית:­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה בעברית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי באנגלית:­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה באנגלית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי המנחה/ים:**

שם פרטי:­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מרכז רפואי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת המנחה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(חתימה ידנית+ חותמת)

שם פרטי:­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מרכז רפואי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת המנחה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(חתימה ידנית+ חותמת)

העבודה הוגשה לסנט הטכניון – מכון טכנולוגי לישראל חיפה, ישראל

**תאריך הגשה עברי**: \_\_\_\_\_\_\_\_ (לדוגמא- א' בכסלו תשע"ו) **תאריך הגשה לועזי**:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_