



קיבוץ אושה דואר כפר המכבי 30031 טל. 050-773-1561 פקס. 04-844-4937  
aapisrael@gmail.com www.iaapsytherapy.org

אישור על קבלת הדרכה לבוגר תוכנית ההכשרה

**פרטים אישיים של הפונה:**

שם (פרטי+ משפחה) \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

**פרטי המדריך:**

שם \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

הסמכה:

תחום \_\_\_\_\_  
תואר ושנות וותק במקצוע \_\_\_\_\_  
מס' רישוי \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה שהפונה נמצא/ת אצלי בתהליך הדרכה פרטנית/קבוצתית (בבקשה לסמן בעיגול)  
בתדירות של \_\_\_\_\_

חתימת המדריך \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_