



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

### אישור על קבלת הדרכה

#### 1. פרטים אישיים של הפונה:

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

#### 2. פרטי המדריך:

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

תחום \_\_\_\_\_  
תואר + שנות ותק במקצוע \_\_\_\_\_  
מס' רישוי \_\_\_\_\_

#### 3. פרטי ההדרכה (יש לפרט מס' שעות סך הכל – לא מס' שעות שבועיות):

הודרך בין התאריכים \_\_\_\_\_  
סך שעות קבלת הדרכה אישית \_\_\_\_\_  
סך שעות קבלת הדרכה קבוצתית \_\_\_\_\_  
סך שעות הדרכה על הדרכה (אם המודרך מדריך סטודנטים ו/או מטפלים מקבל על זה הדרכה) \_\_\_\_\_

חתימת המדריך \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_