



ביה"ס ל-CBT
פרט • משפחה • קהילה
טופס רישום

תאריך: _____

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה _____ מין: ז/נ ת.ז.: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____ דוא"ל _____ @ _____

מקצוע: _____ טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____ פקס: _____

השכלה:

תואר אקדמי הגבוה ביותר: _____ מוסד: _____ סיום _____

תארים נוספים: _____

מסגרות הכשרה (פרקטיקום/התמחות/תוכניות הכשרה):

רישיון תעסוקתי/הסמכה (כולל מ.ר.): _____

ניסיון בטיפול: CBT __ דינמי __ משפחתי __ אחר _____

מעוניינת/להירשם לקמפוס רעננה / לב השרון (פרדסיה).

מעוניינת/במסלול פרקטיקום קליני: כן / לא.

קיבלתי מידע על התכנית:

פרסום ב: _____ המלצה _____ אתר: _____

נא לצרף את המסמכים הבאים:

- ♦ צילום תעודות אקדמאיות + תמונת פספורט צבעונית ועדכנית
- ♦ דף קו"ח ופירוט ניסיון מקצועי (תמציתי)
- ♦ 2 מכתבי המלצה
- ♦ דמי רישום על סך 200 ₪ בצ'ק לפקודת ביה"ס ל-CBT.

את טופס הרישום והמסמכים הנלווים יש לסרוק ולשלוח במייל cbt.school.il@gmail.com או בפקס: 09-8989291.

בחתימתי אני מאשר/ת קבלת חשבונות ממוחשבות במייל.

אני מצהיר/ה בחתימתי שקראתי את עלון המידע של ביה"ס ל-CBT ואני מסכימ/ה לכל תנאיו.

חתימה _____