



**טופס רישום לסדנת ישומי ביוסטטיסטיקה במעבדות רפואיות**  
**יום ד בתאריך 6.3.2019 במרכז הרפואי מאיר כפר סבא (באולם מיניקוט).**

<b>פרטים אישיים:</b>	
שם משפחה:	שם פרטי:
דוא"ל:	טלפון:
פקס:	
<b>מקום עבודה:</b>	
שם המוסד:	שם המעבדה:
טלפון במעבדה:	

**להחזיר לפקס – 09-7488030**

**ההשתתפות במפגש תתאפשר רק לחברי אילמ"ר**

**עם קבלת אישור לרישום**

**אישור ישלח לא יאוחר משבוע לפני המפגש.**