**החוג למדעים הביו-רפואיים**

**ברפואת השיניים**

שופטים לעבודת המוסמך

תאריך:

שם התלמיד/ה:

ת.ז:

**נושא עבודת המחקר:**

שם המדריך/ים וחתימה:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם ודרגה | מחלקה, אוניברסיטה | דואר אלקטרוני | חתימה |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

שופטים מומלצים \* :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם ודרגה** | **מחלקה, מכון, אוניברסיטה** | **מומחיות** | **טלפון** | **דואר אלקטרוני** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*יש להציע שופט אחד לפחותמחוץ לפקולטה לרפואת השיניים