



**ביה"ס ל-CBT**  
פרט • משפחה • קהילה

תאריך: \_\_\_\_\_

טופס רישום

פרטים אישיים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מין: ז/נ ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

דוא"ל \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

מקצוע: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

תואר אקדמי הגבוה ביותר: \_\_\_\_\_ מוסד: \_\_\_\_\_ סיום \_\_\_\_\_

תארים נוספים: \_\_\_\_\_

מסגרות הכשרה (פרקטיקום/התמחות/תוכניות הכשרה):

---

---

---

רישיון תעסוקתי/הסמכה (כולל מ.ר.): \_\_\_\_\_ (יש לשלוח צילום התעודה)

ניסיון בטיפול: CBT \_\_ דינמי \_\_ משפחתי \_\_ אחר \_\_\_\_\_

מעוניינת/להירשם לקמפוס רעננה (לימודים פרונטליים) / הקמפוס המקוון (לימודים בזום).

קיבלתי מידע על התכנית:

פרסום ב: \_\_\_\_\_ המלצה \_\_\_\_\_ אתר: \_\_\_\_\_

נא לצרף את המסמכים הבאים:

◆ צילום תעודות אקדמאיות, רישיון מקצועי (יש לסרוק ולא לשלוח צילום ווטסאפ)

◆ תמונת פספורט צבעונית ועדכנית (ניתן לצרף תמונה דיגיטלית לקובץ)

◆ דף קו"ח ופירוט ניסיון מקצועי (תמציתי)

◆ 2 מכתבי המלצה

◆ דמי רישום על סך 200 ₪ בהעברה בנקאית או בכרטיס אשראי בתיאום עם עיריית 052-2499683. דמי רישום אינם

מוחזרים במקרה של ביטול רישום או אי קבלה לתוכנית.

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

בחתימתי אני מאשר/ת קבלת חשבוניות ממוחשבות במייל.

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

חתימה \_\_\_\_\_