



החברה הפסיכואנליטית בישראל • ע"ר  
Israel Psychoanalytic Society EST. 1934

AN IPA COMPONENT SOCIETY

13 Disraeli Street P.O. Box 4356  
Jerusalem, 91042 Israel Tel. +972 2 5635175  
Fax +972 2 5617576 ips@psychoanalysis.org.il  
רחוב דישראלי 13, ת.ד. 4356 ירושלים 91042  
טלפון +972 2 5635175 פקס +972 2 5617576

**תוכנית תלת שנתית, לחשיבה התפתחותית – פסיכואנליטית על עבודה עם ילדים ונוער**  
**שאלון הרשמה**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מקום לידה: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

כתובת בבית: \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי: \_\_\_\_\_

כתובת בעבודה: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

דואל: \_\_\_\_\_

מקצוע: \_\_\_\_\_ מספר שנות לימוד אקדמאיות: \_\_\_\_\_

תאריך סיום לימודים אקדמיים: \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_

תפקיד בעבודה: \_\_\_\_\_ משך הזמן בעבודה: \_\_\_\_\_

מקומות עבודה קודמים ומשך הזמן שעבדת בכל מקום: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ניסיון קודם בפסיכותרפיה או בעבודה טיפולים או חינוכית או רפואית:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

טיפול אישי (האם היית בטפול פסיכואנליטי או פסיכותרפויטי באוריינטציה פסיכואנליטית?)

מה היה משך הטפול: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שני ממליצים (את ההמלצות לצרף לבקשת ההרשמה)

\_\_\_\_\_ .1

\_\_\_\_\_ .2