התכנית לפסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית

**טופס למילוי חוות דעת על הדרכה אישית**

|  |  |
| --- | --- |
| תאריך: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם המדריך: |  |
| שם המודרך |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מספר שעות ההדרכה: |  | תקופת ההדרכה: |  |

|  |
| --- |
| הערות: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| חתימה: |  |

* להעביר את הטופס למייל המחלקתי לכתובת cont.education@biu.ac.il

תודה