

(סמליל המרפאה המחסנת)

**חלק ג': אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד מקצועות הבריאות**

אני מאשר/ת כי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.
2. בצעה את הבדיקות בהקשר ל- HBV הנדרשות על פי עיסוק/ה.
3. בצעה תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד \_\_\_\_\_ על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד המרפאה: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_