

THE MEDICAL HYPNOSIS CENTER  
INSTITUTE FOR HYPNOTIC TREATMENT

Dr. A. HIRSHFELD  
FAMILY MEDICINE AND ORTHOPAEDICS  
LIC. NO. 12469

AUTHORIZED INSTITUTE FOR THE STUDY OF HYPNOSIS

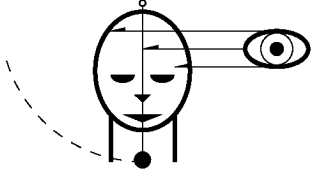
המרכז להיפנוזה רפואית  
מכון לטיפולים בעזרת היפנוזה  
ד"ר א. הירשפלד  
רפואת משפחה ואורטופדיה  
רישיון מס' 12469

מכון מוכר ללימודי היפנוזה

DATE \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## שאלון למועמדים ללימודי היפנוט

נא לשלוח אלי את השאלון בכל מקרה,  
כדי שאוכל להמשיך ולעדכן על הפעילויות במסגרת המכון.  
ניתן להוריד טופס זה ישירות מהאתר.



מען למכתבים:  
ת.ד. 792, כפר-סבא 44106

מרפאה:  
רחוב טשרניחובסקי 24  
כפר-סבא 44271  
טל: 09-7415331, 7486019  
פקס: 09-7486019  
פלאפון: 050-365888

Email: [hipnosa@hipnosa.com](mailto:hipnosa@hipnosa.com)  
[www.hipnosa.com](http://www.hipnosa.com)

POSTAL ADDRESS:

P.O.B. 792  
KFAR-SABA 44106  
ISRAEL

CLINIC:

TCERNIHOWSKY ST. 24  
KFAR-SABA 44271, ISRAEL  
TEL: (972)9-7415331, 7486019  
FAX: (972)9-7486019  
MOBILE: (972)50-365888

חבר האגודה הישראלית להיפנוזה.

חבר האגודה הבינלאומית להיפנוזה.

MEMB. ISRAELY SOC. OF HYPNOSIS.

MEMB. INTERN. SOC. OF HYPNOSIS.

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
תאריך לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_  
שנת עליה \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_  
כתובת פרטית \_\_\_\_\_  
מקום וכתובת עבודה \_\_\_\_\_  
כתובת להתכתבות \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
טל. מען \_\_\_\_\_ טל. עבודה \_\_\_\_\_  
טל' נייד: \_\_\_\_\_ פקס. \_\_\_\_\_  
טל. נוסף \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### קורסים במסגרת המכון: (מיועדים גם לבוגרי מכונים אחרים)

- נא לסמן ב-x את המתאים לך.
- למתחילים: קורס הכנה לקראת בחינות לקבלת רישיון להיפנוט (ע"פ דרישות החוק להוראת ההיפנוזה).  
הערה: מותנה באישור משרד הבריאות
  - למתקדמים: לבעלי ידע קודם בהיפנוזה (גם ללא רישיון) להעמקה וחידושים.
  - למדריכים: לבעלי רישיון להיפנוט - הדרכה להדרכה
  - "למתרעננים": אלו שלמדו היפנוזה אך טרם ניגשו לבחינה - או ניגשו ונכשלו

1. רופא/ה - מס' רישיון \_\_\_\_\_ מומחה ב \_\_\_\_\_ מר. מומחה \_\_\_\_\_
  2. רופא/ת שיניים - מס' רישיון \_\_\_\_\_ מומחה ב \_\_\_\_\_ מר. מומחה \_\_\_\_\_
- הקורס מוכר על ידי המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים ומזכה את המשתתף בו ב-35 נקודות.
3. פסיכולוג/ית - מס' רשום בפנקס הפסיכולוגים \_\_\_\_\_ מר. מומחה \_\_\_\_\_
  4. פסיכולוג/ית בהתמחות ב \_\_\_\_\_ שם המדריך \_\_\_\_\_
  5. סטודנט לרפואה או רפואת שיניים - שנה אחרונה (באישור הדיקאן) \_\_\_\_\_
  6. אחר \_\_\_\_\_

הסכמה: אני הח"מ \_\_\_\_\_ מביעה/ה בזה את הסכמתי להתהפנט במסגרת לימודי ההיפנוזה.

אין חובה לחתום כעת. אפשר לחתום בקורס. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_