



**ביה"ס ל-CBT**  
פרט • משפחה • קהילה

**טופס רישום – סכמה תרפיה לעבודה עם ילדים ונוער**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
כתובת E-mail (בכתב ברור): \_\_\_\_\_  
טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
מקצוע \_\_\_\_\_ התמחות \_\_\_\_\_  
מקום עבודה עיקרי \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
השכלה אקדמית רלוונטית PhD/M.A./B.A. בתחום \_\_\_\_\_  
מאוניברסיטת / מכללת \_\_\_\_\_  
מספר שנות ניסיון בפסיכותרפיה: \_\_\_\_\_ בגישה: CBT / דינמי / משפחתי / אחר \_\_\_\_\_

- ♦ יש לצרף העתק מתואר אקדמי טיפולי
- ♦ **רישום מוקדם** (עד תאריך 15.8.2021): קורס מקיף 3,500 ₪ כולל מע"מ.
- ♦ **רישום מאוחר** (מתאריך 16.8.2021): קורס מקיף 3,900 ₪ כולל מע"מ.

♦ ניתן לחלק ל-3 תשלומים. התשלום הראשון במועד הרישום בהעברה בנקאית או בכרטיס אשראי בתיאום עם עיריית 052-2499683, והשניים הנוספים בחודשים עוקבים.

♦ את טופס הרישום והמסמכים הנלווים יש לשלוח סרוקים (ולא בצילום בווטסאפ) למייל [cbt.school.il@gmail.com](mailto:cbt.school.il@gmail.com)

♦ בחתימתי אני מאשר/ת קבלת חשבונות מס/קבלה באמצעות המייל. תנאי הרישום, הקבלה ומדיניות החזר הכספי ידועים ומקובלים עלי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_