



מחלקה: שם – אגף – מספר טלפון

חדר: מספר חדר – מספר טלפון

עובד: תז, שם

רופא מומחה: תאריך הסמכה

רופא מתמחה: **תאריך תחילת התמחות**, משך זמן בשבוע(תורנויות)

מנהל: מחלקה, מתאריך, עד תאריך

פקיד: תפקיד

אח: שנות לימוד, אח ראשי(כן/לא)

פרטי משרה: תאריך תחילת עבודה, היקף משרה

מועד בשבוע – יום, משעה, עד שעה