

קורס מזכיר/ה רפואית

9/2026



בימי שני ורביעי
בין השעות : 08:30-12:45

לפרטים והרשמה:



מכללת
רמב"ם ידע
בתחומי הרפואה והמינהל



מטרת הקורס:

- הכשרה לעבודה כמזכירים/ות רפואיים/ות במוסדות רפואיים: בתי חולים, מרפאות, קופות חולים וכו'.
- הקניית ידע והבנה כללית של תהליכים ומושגים במקצועות הרפואה והמינהל.
- פיתוח מיומנויות בתקשורת ארגונית ובין אישית, המאפיינת את עבודת המזכירה הרפואית.

קהל יעד:

- למבקשים/ות להכשיר את עצמם/ן כמזכירים/ות רפואיים/ות.
- למזכירים/ות העובדות בבתי חולים ומבקשים/ות תעודה מקצועית מטעם המכללה.

תנאי קבלה:

- השכלה תיכונית מלאה (12 שנות לימוד).
- ראיון קבלה אישי.
- עמידה במבחני קבלה - מסמך במעבד התמלילים WORD .

מבנה הלימודים:

- 300 שעות אקדמיות - 260 שעות עיוניות, 40 שעות סטאז' במרכז הרפואי רמב"ם.
- לימודי בוקר ימים ב' ו-ד', בין השעות 08:30-12:45

דרכי הוראה:

- לימודים עיוניים ומעשיים, סימולציות וסדנאות חווייתיות.
- צוות מרצים מקצועיים בעלי ניסיון עשיר בהוראה.

בין הנושאים הנלמדים:

- מבוא למדעי הרפואה: אנטומיה, פיזיולוגיה ופתולוגיה, רשומה רפואית, סודיות ואתיקה מקצועית,
- מינוחים רפואיים, מיומנויות ארגון וניהול, יישומי מחשב, סדנאות : ניהול התקשורת במשרד ותקשורת בין אישית.

בחינות גמר:

- מבחן עיוני ומבחן מעשי

זכאות לתעודה:

- נוכחות חובה ב- 85% מהשיעורים
- עמידה בכל המטלות.
- קבלת ציון עובר בכל המבחנים.
- לעומדים בדרישות הקורס תוענק תעודה
- התמחות (סטאז') של 40 שעות.
- לבוגרי/ות קורס מזכירות רפואית אשר עמדו בכל חובות הלימוד, תוענק תעודת מזכירות רפואית מטעם מכללת רמב"ם ידע, ואישור התמחות מעשית בבית חולים ציבורי וממשלתי.

עלות: (כולל סטאז')

- 7250 ₪ + 250 ₪ דמי רישום
- מחיר מיוחד לעובדי ביה"ח: 6,600 ₪ ח" + 250 ₪ ח" דמי רישום

טופס הרשמה

הנני מבקש/ת להירשם לקורס מזכירות רפואיות:

שם פרטי										שם משפחה										ת.ז.									
השכלה										תפקיד										מקום עבודה									
טלפון נייד										טלפון בעבודה										טלפון בבית									
תאריך לידה										מצב משפחתי																			
____/____/____										[] רווק/ה [] נשוי/ה [] גרוש/ה [] אלמן/ה																			
כתובת דואר אלקטרוני										@																			
כתובת:																													

יש לצרף דמי הרשמה בסך 250 ₪ לפקודת תאגיד הבריאות בצירוף הטופס.

- דמי ההרשמה אינם מוחזרים למועמדים שביטלו הרשמתם או לא עברו את מבחני הקבלה.
- דמי ההרשמה יוחזרו רק אם יוחלט שלא לקיים את התכנית.

חתימה: _____

תאריך: _____