|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ DİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ 2020 YILI EĞİTİM PROGRAMI** | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
| **İli** | | **BURSA** | | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | | **Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Eğitim Merkezi** | | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | | **Görükle Kampüsü, 16059 Nilüfer/Bursa** **0224 295 14 40** | | | |
|  |  |  |  |  | |
| **2020 Yılı Diyaliz Eğitim Programı** | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
| Pratisyen Hekim |  | Başlama Tarihi | Kursiyer Sayısı | | |
|  | 1. Dönem | 02.01.2020 | 2 | | |
|  | 2. Dönem | 04.05.2020 | 2 | | |
|  | 3. Dönem | 31.08.2020 | 2 | |  |
| **Resertifikasyon Sınavı** | **1.Dönem** | **18.05.2020** |  | | |
| **2. Dönem** | **02.11.2020** |  | | |
|  |  |  |  |  | |

Eğitime başvurmak isteyenlerin;

* Başvuru dilekçesi
* Diyaliz Eğitim Başvuru Formu
* Kurum amirince onaylı diploma örnekleri
* Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri,
* Kurum / merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu;**

**Adı Soyadı:** Prof. Dr. Alparslan ERSOY

**Telefon Numarası:** 0224 295 14 40

**E-mail Adresi:** [nefrosek@uludag.edu.tr](mailto:nefrosek@uludag.edu.tr) / [alpersoy@uludag.edu.tr](mailto:alpersoy@uludag.edu.tr)

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

**Adı Soyadı:** Kadriye ÇİÇEK

**Cep Telefonu Numarası:** 0224 295 14 40

**E-mail Adresi:** [kadriye.cicek@hotmail.com](mailto:kadriye.cicek@hotmail.com)