**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**2023 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | ANTALYA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | 0(242) 249.64.31 |

**2023 YILI DİYALİZ EĞİTİM TARİHLERİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi** | **Bitiş**  **Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** | 03.04.2023-20.04.2023 | 01.05.2023 | 07.09.2023 | 5 |
| **2.Dönem** | 04.09.2023-22.09.2023 | 02.10.2023 | 01.02.2024 | 5 |

**2023 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Başvuru Tarihleri** | **Sınav Tarihi/Yeri** |
| **03.04.2023-05.05.2023** | **25.05.2023 Saat:10:00**  **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi** |
| **Başvuru Merkezi** | **İl Sağlık Müdürlüğü** |
| **Başvuru Belgeleri** | **-Resertifikasyon Başvuru Formu**  **-Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)**  **-Nüfus Cüzdanı Fotokopisi**  **-İkametgâh Belgesi** |

**Eğitim Başvuru Belgeleri**

1-Başvuru dilekçesi

2-Diyaliz Eğitim Başvuru Formu

3-Kurum amirince onaylı diploma örnekleri

4-Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri

5-Kurum /Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte Antalya İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılması gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof.Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR

Telefon numarası:

E-posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Kadriye ORMAN

Telefon numarası: 0(242) 249.64.31

E-posta Adresi: kadriyeorman@akdeniz.edu.tr