**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 2023 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | ANKARA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ HEMODİYALİZ ÜNİTESİ |  |  |

 |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | GENERAL TEVFİK SAĞLAM CADDESİ ETLİK /ANKARA0312-304-40-88 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | **Kurs Tarihleri** | Sınav tarihi | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** | **06.04.2023/13.04.2023****tarihleri arasında** | **17.04.2023/24.08.2023****tarihleri arasında**

|  |
| --- |
|  |
|  |

 | **25.08.2023** | **2** |
| **2.Dönem** | **19.07.2023/24.07.2023****tarihleri arasında** | **28.08.2023/28.12.2023****tarihleri arasında** | **29.12.2023** | **2** |

**Eğitime başvurmak isteyenler;**

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 İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

|  |
| --- |
| Adı Soyadı: Prof.Dr.Hadim AKOĞLU |

Tel.No: 0312 304 40 72

|  |
| --- |
| E-posta Adresi:drakomd @yahoo.com |

|  |
| --- |
| **Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**Adı Soyadı:.Sağ.Tek. Sibel ÇİĞDEM |
| Tel.No: 0312 304 40 88 / cep.tel.05053708102E-posta Adresi:sibel.cigdem@saglik.gov.tr  |