**İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | İstanbul |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | Eğitim Mah. Fahrettin Kerim Gökay Cad. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, 1. Blok Giriş Kat, Hemodiyaliz Ünitesi No: 161/1 Kadıköy/İstanbul  **Tel:** (0216) 606 52 00 / 110919 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi**  **Bitiş Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1. Dönem** | 12.02.2024  08.03.2024 | 15.04.2024  22.08.2024  (88 iş günü) | 3 |
| **2. Dönem** | 03.06.2024  28.06.2024 | 26.08.2024  30.12.2024  (88 iş günü) | 3 |

**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 Diyaliz Eğitim

Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Sabahat ALIŞIR ECDER

Telefon numarası: 0216 606 52 00 (Dahili No: 100202)

E-Posta Adresi: [sabahatalisir@yahoo.com](mailto:sabahatalisir@yahoo.com)

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Gülden BOŞGELMEZ

Telefon numarası: 0505 723 95 80 / 0216 606 52 00 (Dahili No: 100202)

E-Posta Adresi: [goztepediyaliz34@gmail.com](mailto:goztepediyaliz34@gmail.com)

**İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESERTİFİKASYON SINAV MERKEZİ** | İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi |
| **BAŞVURU YAPILACAK ALANLAR** | İkamet Ettikleri ilin İl Sağlık Müdürlükleri |
| **SINAV YERİ İLETİŞİM BİLGİLERİ** | Eğitim Mah. Fahrettin Kerim Gökay Cad. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, 1. Blok Giriş Kat, Hemodiyaliz Ünitesi No: 161/1 Kadıköy/İstanbul 34722  **Tel:** (0216) 606 52 00 / 110918 / 110919 |

|  |  |
| --- | --- |
| **2024 Yılı Resertifikasyon Başvuru ve Sınav Tarihleri** | |
| **Başvuru Tarihi** | **Sınav Tarihi** |
| * 26 Şubat - 22 Mart 2024 * 01 Nisan - 30 Nisan 2024 * 10 Haziran – 05 Temmuz 2024 * 07 Ekim – 01 Kasım 2024 | * 29 Nisan 2024 09:00 * 05 Haziran 2024 09:00 * 21 Ağustos 2024 09:00 * 18 Aralık 2024 09:00 |

**Sınav için gerekli belgeler;**

1- Resertifikasyon Başvuru Formu

2- Sertifika fotokopisi (Aslı gibidir onaylı)

3- Nüfus cüzdanı fotokopisi ile birlikte Diyaliz Eğitim Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hekimi:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Sabahat ALIŞIR ECDER

Telefon numarası: 0216 606 52 00 (Dahili No: 100202)

E-Posta Adresi: [sabahatalisir@yahoo.com](mailto:sabahatalisir@yahoo.com)

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Gülden BOŞGELMEZ

Telefon numarası: 0505 723 95 80 / 0216 606 52 00 (Dahili No: 100202)

E-Posta Adresi: [goztepediyaliz34@gmail.com](mailto:goztepediyaliz34@gmail.com)