**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 2024 YILI DİYALİZ HEKİM SERTİFİKASYON 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 /ANKARA  0312-304-40-88 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Kurs Tarihleri** | Sınav tarihi | **Kursiyer Sayısı** |
| **1 Dönem** | **01.03.2024/23.03.2024**  **tarihleri arasında** | **15.04.2024/22.08.2024**  **tarihleri arasında**   |  | | --- | |  | |  | | **04.09.2024** | **4** |

**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 :.Sibel ÇİĞDEM |
| Tel.No : 0312 304 40 88  Cep Tel. :0505 370 81 02  E-posta Adresi: sibel.cigdem@saglik.gov.tr | |

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ 2024 YILI RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

**HEKİM VE HEMŞİRELER İÇİN 2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** |
| 12.02.2024/23.02.2024 | 13.03.2024 (Hekim – Hemşire) |
| 27.05.2024/07.06.2024 | 26.06.2024 (Hekim – Hemşire) |
| 02.09.2024/13.09.2024 | 25.09.2024 (Hekim – Hemşire) |
| 02.12.2024/13.12.2024 | 25.12.2024 (Hekim – Hemşire) |
| **Gerekli Belgeler** | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |
| **Sınav Yeri** | Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi |
| **Başvuru Merkezi** | İl Sağlık Müdürlükleri |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

**Adı Soyadı** **:** Prof.Dr. Hadim AKOĞLU

**Telefon Numarası** **:** 0312 304 40 72

**E-posta Adresi** **:** [drakomd@yahoo.com](mailto:drakomd@yahoo.com)

**Adı Soyadı** **:** Sağ.Tek. Sibel ÇİĞDEM

**Telefon Numarası** **:** 0312 304 40 88 / cep.tel.05053708102

**E-posta Adresi** **:** sibel.cigdem@saglik.gov.tr