**SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ | KURSİYER SAYISI (Pratisyen Hekim) |
| 24.06.2024-05.07.2024 | 19.08.2024-23.12.2024 | 1 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | Adnan Menderes Cad. Sağlık Sok. no:195 Adapazarı/ SAKARYA  0264 888 40 00 | |
| GEREKLİ BELGELER | 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. Hamad DHEIR

Telefon Numarası: 444 54 00 1868 -1800

E-Posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Emrah TEPE

Telefon Numarası: 444 54 00 1868 -1800

E-Posta Adresi:

**SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Başvuru Tarihleri** | **Sınav Tarihi** |
| 05.02.2024-16.02.2024 | 26.03.2024 Salı |
| 25.03.2024-05.04.2024 | 07.05.2024 Salı |
| 22.07.2024-02.08.2024 | 10.09.2024 Salı |
| 21.10.2024-01.11.2024 | 10.12.2024 Salı |
| SINAV YERİ | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlüğü |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof.Dr. Hamad DHEİR

Telefon numarası: 444 54 00 1868 -1800

E-Posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Birim Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Emrah TEPE

Telefon numarası: 444 54 00 1868 -1800

E-Posta Adresi: