**GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ 2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ  | KURS BAŞLANGIÇ TARİHİ | KURSİYER SAYISI ( Hekim) |
| 01.02.2024-.14.02.2024 | 26.02.2024 – 09.07.2024Pratisyen eğitimi 4 ay | 3 pratisyen |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Diyaliz Eğitim Merkezi 312 202 52 50 |
| 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. |

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| SINAV BAŞVURU TARİHLERİ | SINAV TARİHLERİ |
| 01.02.2024-14.02.202413.05.2024-24.05.202402.09.2024-14.09.202404.11.2024-15.11.2024 | 23.02.202406.06.202420.09.202428.11.2024 |
| SINAV YERİ | Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Diyaliz Eğitim Merkezi 312 202 52 50 |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu-Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)-Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |
|  |  |
|  |  |

Eğitim Merkezi Sorumlusu:

Adı Soyadı: Prof. Dr. Galip GÜZ

Telefon Numarası 0312 202 52 50

E-mail Adresi:selma.fidan@gazi.edu.tr

Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi Adı Soyadı: Selma FİDAN

Telefon Numarası 0312 202 52 51

E-mail Adresi: selma.fidan@gazi.edu.tr