**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 – 09.07.2024  Pratisyen 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 |
| 01.02.2024-14.02.2024  13.05.2024-24.05.2024  02.09.2024-14.09.2024  04.11.2024-15.11.2024 | | 23.02.2024  06.06.2024  20.09.2024  28.11.2024 |
| 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