**ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

**2024 YILI HEMODİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | ANKARA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | Ankara Bilkent Şehir Hastanesi  Üniversiteler Mahallesi 1604 cad.no:9 -06800 Bilkent /Ankara |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRATİSYEN**  **HEKİM** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
|  | 17/06/2024- 05/07/2024 | 12/08/2024 – 13/12/2024 | **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. Fatih DEDE

**Eğitim Merkezi Hemodiyaliz Sorumlu Hemşiresi**

Adı Soyadı: Sevgi AYDIN

Telefon numarası: 0507 232 76 46

Email Adresi: sevgiaydin35@hotmail.com