**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ 2024 YILI HEKİMLER İÇİN HEMODİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KURS BAŞVURU TARİHİ** | **KURS TARİHİ** | **KURSİYER**  **SAYISI** |
| 12.02.2024-15.03.2024 | 15.04.2024-26.08.2024 | 1 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi iletişim Bilgileri (adres, telefon) | DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ HEMODİYALİZ MERKEZİ  İNCİRALTI MAHALLESİ BALÇOVA /İZMİR  TELEFON: 0232 412 3770-412 3771 |  |
| 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. |  |

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ 2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** | **SINAV SAATİ** |
| **04.03.2024-29.03.2024** | **17.04.2024** | 10:00 |
| **06.05.2024-31.05.2024** | **26.06.2024** | 10:00 |
| **01.07.2024-31.07.2024** | **21.08.2024** | 10:00 |
| **04.11.2024-29.11.2024** | **18.12.2024** | 10:00 |
| SINAV YERİ | DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ HEMODİYALİZ MERKEZİ SEMİNER SALONU  BALÇOVA /İZMİR | |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| GEREKLI BELGELER | -Dilekçe  -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi  -İkametgah Belgesi | |

**Diyaliz Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: PROF. DR. CANER ÇAVDAR

Telefon numarası: 0 232 412 37 94

E-Posta Adresi: caner.cavdar@deu.edu.tr

**Diyaliz Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: YELDA KAYA

Telefon numarası: 0 232 412 3771

E-Posta Adresi:yeldadeligoz@gmail.com