**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | ANTALYA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | 0(242) 249.64.31 |

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM TARİHLERİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi** | **Bitiş**  **Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** | 15.01.2024-31.01.2024 | 05.02.2024 | 13.06.2024 | 2 |
| **2.Dönem** | 01.07.2024-19.07.2024 | 05.08.2024 | 07.12.2024 | 2 |

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Başvuru Tarihleri** | **Sınav Tarihi/Yeri** |
| **1-01.02.2024-29.02.2024** | **07.03.2024 Saat:10:00**  **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Merkezi** |
| **2-01.04.2024-31.05.2024** | **06.06.2024 Saat:10:00**  **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Merkezi** |
| **3-01.07.2024-29.08.2024** | **05.09.2024 Saat:10:00**  **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Merkezi** |
| **4-01.10.2024-05.12.2024** | **12.12.2024 Saat:10:00**  **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Merkezi** |
| **Başvuru Merkezi** | **İl Sağlık Müdürlüğü** |
| **Başvuru Belgeleri** | **-Resertifikasyon Başvuru Formu**  **-Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)**  **-Nüfus Cüzdanı Fotokopisi**  **-İkametgâh Belgesi**  **-Dilekçe** |

**Eğitim Başvuru Belgeleri**

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 Antalya İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılması gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof.Dr. Ramazan ÇETİNKAYA

Telefon numarası:

E-posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Kadriye ORMAN

Telefon numarası: 0(242) 249.64.31

E-posta Adresi: kadriyeorman@akdeniz.edu.tr