**EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ 2024 YILI**

**HEKİMLER İÇİN HEMODİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KURS BAŞVURU TARİHİ** | **KURS TARİHİ** | **KURSİYER**  **SAYISI** |
| 04.03.2024-22.03.2024 | 20.05.2024-27.09.2024 | 2 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi iletişim Bilgileri (adres, telefon) | Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yetişkin Diyaliz Ünitesi Bornova/İZMİR  Tel: 0232 390 49 20 | |
| 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. | |

**EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ 2024 YILI**

**DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** | **SINAV SAATİ** |
| 19.02.2024-08.03.2024 | 30.04.2024 | 17:00 |
| 30.04.2024-22.05.2024 | 09.07.2024 | 17:00 |
| 09.07.2024-30.07.2024 | 03.09.2024 | 17:00 |
| 09.09.2024-27.09.2024 | 26.11.2024 | 17:00 |
| SINAV YERİ | Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Merkez Yemekhane Yanı Kütüphane Amfiler  A Amfi / B Amfi | |
| 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. Ercan OK

Telefon numarası:0232 390 44 13

E-Posta Adresi: [ercan.ok@ege.edu.tr](mailto:ercan.ok@ege.edu.tr)

**Diyaliz Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Nuray BAKKAL

Telefon numarası: 0232 390 20 39

E-Posta Adresi: [nuray.bakkal@ege.edu.tr](mailto:nuray.bakkal@ege.edu.tr)

**Sekreter:**

Adı Soyadı: Fatma ERDOĞAN

Telefon numarası: 0232 390 49 20

E-Posta Adresi: [fatma.erdogan@ege.edu.tr](mailto:fatma.erdogan@ege.edu.tr)